Nr. 19. 8. maja 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Antoni CIESZYŃSKI i Emil MEISELS. Lwów.

Leczenie energją promienną nowotworów złośliwych języka i szczęki.

Z Kliniki Stomatologicznej Uniw. Jana Kazimierza i Zakładu Dra Emila Meiselsa.

Dokończenie.

Przypadek 8, 9 i 10. Trzy następne obserwacje dotyczą chorych z przebiciem podniebienia twardego do jamy szczękowej. Dwa przypadki (7 i 8) H. M. i R. J. musimy wyłączyć z naszych rozważań, gdyż zgłosiły się w stanie tak znacznego ogólnego wycieńczenia i charłactwa lub z tak rozległemi zmianami miejscowemi, że rokowanie już od początku było bardzo niepomyślne. U obu chorych zastosowaliśmy wprawdzie radjopunkturę w ten sposób, że do zatoki górnoszczękowej i do wyrostka zębodołowego wprowadziliśmy szereg igieł i preparatów radowych, jednak chorzy w krótkim czasie potem umarli tak, że o skutkach naszych zabiegów leczniczych nie mogliśmy się przekonać.

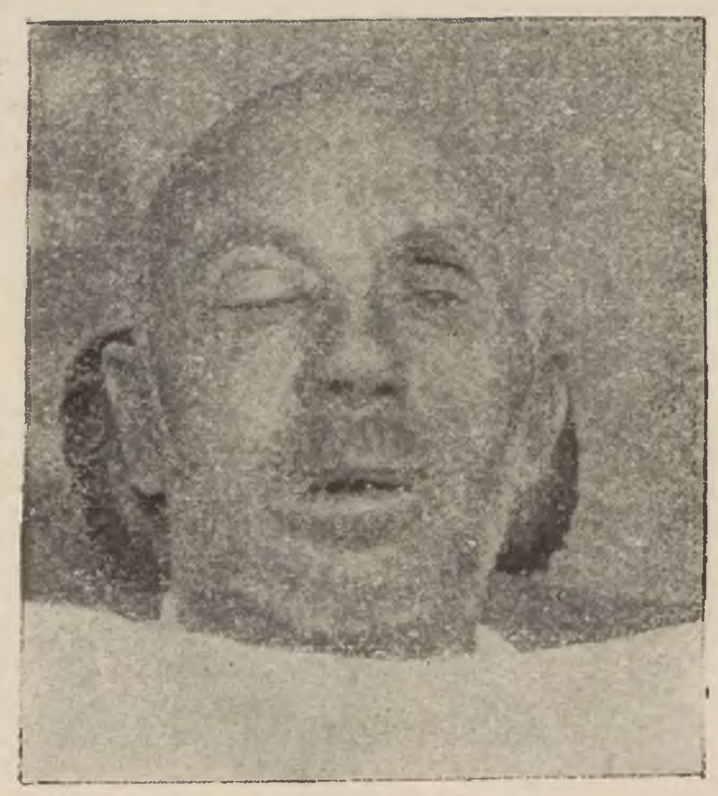
Ryc. 29 i 30. *Ca maxillae* w okolicy 8 7 6| ♂ 64 lat.



Ryc. 29. Nabój zawierający rad umieszczono w jamie szczękowej, przytrzymując go woskiem. W ściany wbito 7 igieł radowych. Przytrzymano woskiem igły i płytką kauczukową.

Przypadek 10. Korzystniej przebiegał przypadek trzeci. Dotyczy on mężczyzny 64-letniego S. F., który podał, że przed 5 miesiącami wystąpił silny ból zębów w szczęce górnej prawej. Po usunięciu zębów 8 7 6| ból chwilowo ustąpił, jednak wkrótce pojawił się znowu w tej samej intensywności. Badanie wykazało obrzęk prawego policzka, idący od rowka nosowo-wargowego do tylnego odcinka żuchwy. Gruczoły podszczękowe prawej strony macalne. W zakresie górnych prawych trzonowców ubytek w kości o nierównych, wałowato zgrubiałych brzegach, komunikuje z jamą szczękową. Podniebienie miękkie zaczerwienione, obrzękłe. Badanie drobnowidowe skrawka wyciętego z brzegu ubytku wykazało utkanie raka płaskokomórkowego. W brzegi ubytku i do zatoki szczękowej założono igły i preparat radowy. (Ryc. 29). Dawka całkowita 27,2 zniszczonych *millicuries.* Po wyjęciu igieł radowych wystąpił naciek w okolicy przyusznicy i łuków podniebiennych i obrzęk gruczołów podszczękowych wśród podwyżki ciepłoty do 38°. Do nich przyłączył się wkrótce obrzęk powiek i spojówki oka prawego. (Ryc. 30). Po kilku dniach jednak po codziennych przepłukiwaniach jamy szczękowej objawy te znikły. Gdy chory zgłosił się w pół roku później, stwierdzono znaczną ogólną poprawę. Chory przybrał na wadze. Podaje, że bóle ustąpiły prawie zupełnie, lecz od dwóch tygodni zaczęły się znowu pojawiać. Badaniem stwierdzono od strony przyśrodkowej jamy szczękowej na przestrzeni wielkości małego migdałka zabarwienie szaro-zielonkawe. Przy dotyku wyczuwa się tu chropawą powierzchnię. Gruczoły nigdzie niemacalne. Badaniem rentgenowskiem wykazaliśmy wówczas ubytki w podniebieniu twardem, u podstawy jamy szczękowej prawej, przechodzące na wyrostek zębodołowy w sąsiedztwie. Kontury ubytków dość wyraźne i gładkie. Miejsce o szaro-zielonkawem zabarwieniu przedstawiało martwiak. Chory nie zgodził się na usunięcie tegoż i usunął się z pod naszej obserwacji.

Reasumując cały przebieg musimy stwierdzić, że leczeniem naszem uzyskaliśmy u chorego wybitną poprawę zarówno miejscową jak i ogólną. Podkreślić należy, że wynik ten otrzymaliśmy w przypadku, w którym zmiany objęły także kość i doprowadziły do jej przebicia. Przypadki takie, jak wyżej wspomnieliśmy nie są dla leczenia energją promienną korzystne. Mimo to jednak uzyskaliśmy, conajmniej czasowo, wcale ładny wynik.



Ryc. 30. Obrzęk powieki i spojówki oka. Pojawił się podczas rozpadu nowotworu po naświetlaniach.

Z nowotworów kości szczękowej, które dla uzupełnienia jeszcze omówimy *nadają się do leczenia energją promienną względnie do leczenia kombinowanego radjologiczno-chirurgicznego przedewszystkiem szkliwiaki.*

Szkliwiaki zajmują ze względu na swą budowę, odrębne stanowisko wśród nowotworów szczęk. Nie są to bowiem nowotwory łącznotkankowe, lecz nabłonkowe. Wychodzą z pozostałości tkanki wytwarzającej szkliwo, z tak zw. gniazd nabłonkowych Malasseza. Są to nowotwory bądźto o budowie stałej, bądźto o budowie torbielowatej, najczęściej o budowie mieszanej, stąd też nazwa *Adamantinoma cysticum.* Torbiele w szkliwiakach powstają wskutek rozpadu gniazd nabłonkowych. Mogą być tak wielkie i liczne, że cały guz nabiera wyglądu dużej wielokomorowej torbieli. Charakterystyczną cechą kliniczną jest ich powolny wzrost i znaczna złośliwość miejscowa. W kości zajętej wywołują daleko posunięte zniszczenia, prowadzące niekiedy do zupełnego prawie zaniku tkanki kostnej. W niepomiernie nieraz rozdętych kościach pozostają tylko na obwodzie cieńkie listewki kostne, całe zaś wnętrze zajęte jest przez masy nowotworowe o charakterze gąbczastym. Szkliwiaki usadawiają się najczęściej w żuchwie, rzadziej w szczęce górnej. W innych kościach występują bardzo rzadko, są jednak znane przypadki innego umiejscowienia jak n. p. podstawy czaszki (przypadek S c h u s t e r ó w n e j), w kości goleniowej (przypadek F i s c h e r a i B a k e r a). Do dalszych cech charakterystycznych należy szybkie występowanie miejscowych nawrotów. Przerzuty należą jednak

do rzadkości. Pod tym względem są podobne do guzów olbrzymio-komórkowych, do których też i wygląd ich w obrazie rentgenowskim jest bardzo zbliżony.

Leczenie ich polegało dotychczas na dokładnem wyskrobaniu ostrą łyżeczką albo też na całkowitem wycięciu zmienionych części w granicach zdrowych. Wyskrobanie samo nie daje zazwyczaj trwałego wyniku. Nawet i po dokładnem wyskrobaniu nawroty występują często i szybko. Wycięcie jest wprawdzie zabiegiem radykalnym, lecz połączone jest wskutek znacznej zazwyczaj rozległości zmian z bardzo wielkiem okaleczeniem, na które trudno się zdecydować przy tych w gruncie rzeczy niezbyt złośliwych nowotworach. Pichler pierwszy podał myśl, by zrezygnować z radykalnej operacji, jakiem jest wycięcie, a natomiast uzupełnić mniej radykalne wyskrobanie następowem naświetleniem promieniami rentgenowskiemi, względnie promieniami radu i w ten sposób zniszczyć doszczętnie to, co pozostało jeszcze po tym nieradykalnym zabiegu. Ten sposób postępowania okazał się słuszny i dał zachęcające wyniki. Pichler przeprowadził leczenie takie w 4 przypadkach i we wszystkich uzyskał pomyślny wynik. Autorzy amerykańscy Soiland i Costolor opisują przypadek rozległego szkliwiaka żuchwy, w którym przez samo naświetlanie rentgenowsko-radowe uzyskali pełne utrzymujące się przez 4 lata wyleczenie. Co się tyczy widoków leczenia energją promienną, to należy zauważyć, że są one tem pomyślniejsze, im stalszą (złożoną z składników komórkowych) jest budowa naświetlanego szkliwiaka. Nie dają zaś wyników, względnie dają wyniki niedostateczne, w przypadkach o budowie torbielowatej.

Przypadek, który mieliśmy sposobność obserwować dotyczy kobiety lat 40. Chora ta Ż. Z. pozostaje w obserwacji jednego z autorów (Dr. M.) od lat 8. Choroba rozpoczęła się bolesnością i obrzękiem w okolicy dolnych prawych zębów. Ząb bolesny usunięto, jednak obrzęk utrzymywał się nadal. Stwierdzono wówczas torbiel, którą zoperowano. Trzy lata po tej operacji wystąpił wybitny szczękościsk i ból w prawej połowie żuchwy. Wykonano ponownie operację i od tego czasu t. j. od r. 1916 do r. 1922 co pewien czas sprawa chorobowa się odnawiała i za każdym razem dokonywano operacji. Razem wykonano u chorej w tym czasokresie 5 operacyj prawej połowy żuchwy. Po ostatniej operacji w r. 1922, która polegała na radykalnem wyskrobaniu jamy w prawej połowie żuchwy, zastosowano u chorej naświetlania rentgenowskie i od tego czasu pozostaje chora w obserwacji dr. M. Naświetlania rentgenowskie stosowano przez lat 8 w rozmaicie długich odstępach czasu. Przez cały ten czas sprawa chorobowa nie postępowała (kontrolowano to zdjęciami rentgenowskiemi) i chora czuła się względnie dobrze. W listopadzie roku ubiegłego po nagrzewaniu twarzy gorącemi okładami, wystąpił silny obrzęk całej prawej połowy połączony ze znaczną bolesnością. Po naświetleniu rentgenowskiem obrzęk cofnął się lekko i nastąpiła pewna ulga. Jednak w 3 miesiące później obrzęk znowu powiększył się i bóle stały się bardzo intensywne. Nastąpił silny szczękościsk tak, że chora otwiera usta ledwie na 5 mm. Gałąź wstępująca prawej połowy żuchwy pod naciskiem podatna. Badaniem rentgenowskiem (ryc. 31) znajdujemy torbielowate rozrzedzenie zajmujące prawie całą gałąź wstępującą i połowę trzonu żuchwowego. Z kości pozostała tylko wąska listewka brzegu, wypuklonego ku tyłowi, główka z wyrostkiem kłykciowym, wyrostek skroniowy i wcięcie półksiężycowe. Resztę zajmują masy nowotworowe, nie dające w obrazie rentg. żadnego cienia. Kontury zachowanego brzegu są naogół gładkie. W tym to czasie zgłosiła się chora po raz pierwszy do Kliniki stomatologicznej Uniw. J. K. W znieczuleniu do *for. ovale* i przy znieczuleniu miejscowem, cięciem w okolicy retromolarnej otworzono na przestrzeni 5 cm jamę w żuchwie i dokładnie wyskrobano jej ściany. Treść wydobyta przedstawiała się w postaci mas ziarninowych, o konsystencji jednak bardziej spoistej niż zwykła ziarnina. Badanie histo-patologiczne wykazało typowe utkanie szkliwiaka torbielowatego. Do jamy w żuchwie założono 11 dni po operacji preparaty radowe, a mianowicie jeden 10 mg i 7 po 2 mg. W ciągu 4 dni otrzymała chora w ten sposób dawkę 17.2 mcd. Po ukończeniu leczenia bóle i obrzęk zmniejszyły się znacznie. Ropienie z jamy pooperacyjnej silnie cuchnące z domieszką krwi utrzymywało się jednak jeszcze dość długo. Chora opuściła klinikę, jednak w 2 miesiące później zgłosiła się ponownie skarżąc się na silne bóle neuralgiczne w skroniach i prawym policzku. W ostatnim czasie znowu wzmógł się obrzęk policzka. Bóle neuralgiczne w zakresie *n. alveol. inf.* okazały się tak uporczywe, że zdecydowano się zniszczyć *gangl. Gasseri* wstrzyknięciem alkoholu. *Modo* Cieszyński zastrzyknięto 0,5 cm^3 nowokainy i 1,5 alkoholu i dopiero po tym zabiegu bóle ustąpiły. Ropienie z jamy operacyjnej utrzymywało się w tym czasie jeszcze ciągle, choć już w stopniu wyraźnie mniejszym. Leczono je setonami kamfenolowemi i przestrzykiwaniami. Chora opuściła klinikę i czuła się w pierwszym miesiącu wcale dobrze. Bóle i obrzęk policzka ustąpiły zupełnie, również szczękościsk tak dalece, że mogła się swobodnie odżywiać. W trzy

Ryc. 31 — 38. *Adamantinoma cysticum* leczone operatywnie nieradykalnie i naświetlane następnie radem. Chora lat 40.



Ryc. 31. Szkliwiak wypełniony częściowo lipjodolem rozpuszczonym w oliwie, sięga aż do główki stawu; nowotwór rozdął całą gałąź wstępującą i prawie 1/2 trzonu prawej żuchwy. (3/4 oryg. wielkości).



Ryc. 32. przedstawia zdjęcie *occipito-frontalne* *).



Ryc. 33. Zdjęcie boczne.

Ryc. 32 i 33. Po wycięciu ściany przedniej i ścian bocznych tak dalece jak tylko było możliwem drogą wśródustną i po wyłyżeczkowaniu treści założono 11 dni po zabiegu operacyjnym igły radowe i nabój, zawierający rad. Ustalono je na miejscu woskiem i płytką kauczukową.

miesiące po naświetlaniu radem otworzyła się jednak rana nazewnątrz poniżej wyrostka jarzmowego, który uległ sekwestracji w następnych miesiącach, przyczem martwiaki zostały następnie usunięte chirurgicznie a nekroza tkanek posuwała się dalej. W końcu siódmego miesiąca po naświetlaniu wystąpiła gorączka, jak dowiadujemy się z opisu lekarza, który chorą później obserwował, wydzielina ropna się zwiększyła i wystąpiły zaburzenia opon mózgowych, ogólne wycieńczenie i zejście śmiertelne. (z początkiem III. 1932).



Ryc. 34. W 4 tygodnie po ukończeniu leczenia.

Przebieg tego przypadku przedstawia się bardzo interesująco. Po początkowym stosunkowo dość szybkim wzroście, w ciągu lat 12 od r. 1910 do r. 1922 5 nawrotów, następuje 8 letnia przerwa, podczas której sprawa chorobowa nie czyni żadnych postępów. Zawdzięczać to należy prawdopodobnie radykalniejszej od poprzednich ostatniej operacji i stosowanym w tym czasokresie naświetlaniom rentgenowskim. Po tej pauzie występuje jednak nagle po przygrzaniu gorącemi okładami (podrażnienie?) znaczne pogorszenie sprawy chorobowej. Ponowne dokładne wyskrobanie jamy w żuchwie, uzupełnione tym razem naświetleniem preparatami radowemi od wewnątrz, wygoiło znowu sprawę.

Sekwestracja, która nastąpiła, była prawdopodobnie następstwem skumulowania działania poprzednio stosowanego rentgenowskiego a następnie radu, przyczem nie należy wykluczyć zaburzeń troficznych, które mogły się pojawić jako skutek zastrzyknięcia alkoholu do zwoju Gassera. O ile doszło do zniszczenia tkanki nowotworowej, która wypełniała całą gałąź wstępującą i sięgała do pobliża podstawy czaszki na szerokiej przestrzeni, musiały być stosowane dawki odpowiednio wielkie, ażeby skutek otrzymać. Powikłanie z ciężką neuralgją nerwu trójdzielnego, która wymagała injekcji alkoholu do otworu owalnego a następnie do zwoju Gassera, stworzyło gorsze warunki dla wygojenia się sprawy. Czy w danym przypadku radykalne usunięcie połowy żuchwy i ew. wycięcie zwoju Gassera drogą chirurgiczną — a więc dwa ciężkie zabiegi chirurgiczne — dałyby lepsze wyniki, aniżeli leczenie energją promienną i injekcjami alkoholowemi, trudno powiedzieć.

W danym wypadku negatywne usposobienie chorej do zabiegu chirurgicznego, pociągającego za sobą oszpecenie, na które chora zaraz na wstępie leczenia zgodzić się nie chciała, wykluczała z góry ten sposób leczenia. Przypadek ten, który skończył się niepomyślnie wskazuje jednak na to, że przy szkliwiakach o charakterze torbielowym należy zamiast radjoterapji stosować leczenie chirurgiczne nieradykalne — modo Pichler — skombinować je z naświetlaniami promieniami Roentgena i powtórzyć ten zabieg po kilku latach, jeżeli stwierdzi się wznowę. W ten sposób można przedłużyć życie chorego na czas dłuższy. Naświetlania promieniami Roentgena nie prowadzą bowiem do sekwestracji, podczas gdy wskutek naświetlania radem może wśród pewnych okoliczności wystąpić uboczne działanie prowadzące do obumarcia kości okolicznych.

W powyżej opisanym przypadku stosowanie dalsze promieni Roentgena nie było jednak możliwem, gdyż skóra policzka była poprzedniemi naświetlaniami tak dalece uszkodzona, że stosowanie nadal tej metody nie było wskazane.

Uwagi dotyczące techniki zakładania igieł radowych.

Co do *techniki radjopunktury* należy zauważyć, że przywiązywanie igieł jedwabnemi nitkami, które przylepia się następnie na twarzy przylepcem, utrudnia w wysokim stopniu ich ustalenie na miejscu zapomocą szwów. (Ryc. 36). Dlatego zastąpiliśmy jedwab, na który się przywiązuje igły radowe cienkim drutem z glinu bronzowego *(Aluminiumbronze)*, jakim posługujemy się w ortopedji szczęk. Drut ten, cienki i podatny, staje się dostatecznie sztywny wzięty we dwoje (t. j. przeciągnięty przez uszko igły radowej) a następnie skręcony, i służy niejako za rączkę przytrzymującą igłę na miejscu wkłucia po przyszyciu go szwami jedwabnemi (sposób Cieszyńskiego). Technikę tę zastosowaliśmy już w drugim przypadku radjopunktury i następnych i nie potrzebowa-

*) Wszystkie zdjęcia rentgenowskie ekstraoralne pomniejszone są do 3/4 nat. wielkości.

liśmy nigdy — raz przyszywszy igłę i druty na miejscu — ponownie ich przyszywać a w razie obluźnienia igły wprowadzonej do rozmiękłej tkanki rakowej, wystarczało tylko igłę wkłuć ponownie w inne miejsce w pobliżu, przyczem przyszyte poprzednio druty ustalały igłę radową w sposób dostateczny.

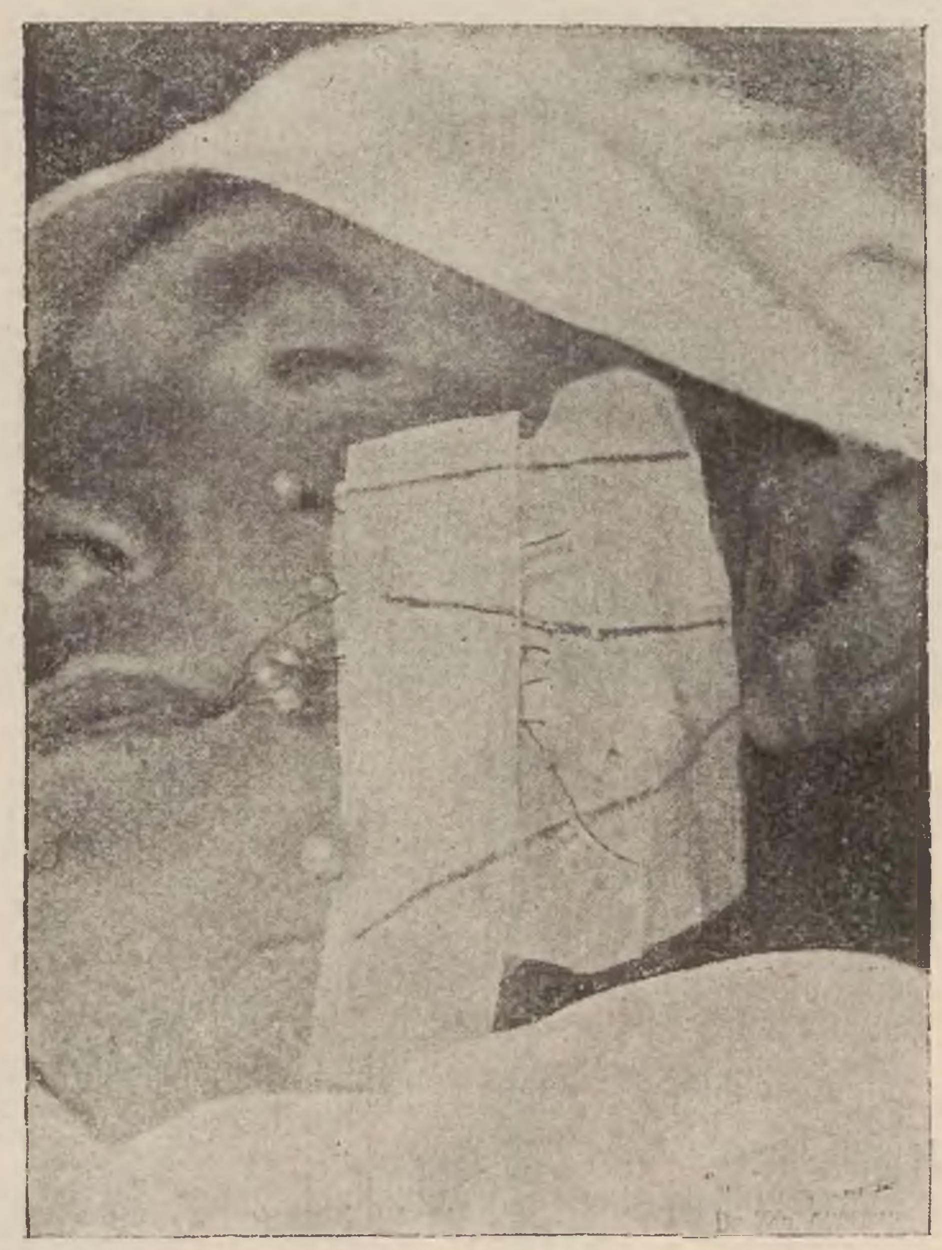
Dzięki tej modyfikacji uzyskujemy doskonałe utrzymanie igły w miejscu wkłucia i nie potrzebujemy powtarzać wszywania igieł podczas 5—6 dni naświetlania, przez co choremu zaoszczędzamy bólu i przykrości.

trzebnem przeliczanie igieł, celem stwierdzenia, że żadna igła nie została usunięta.

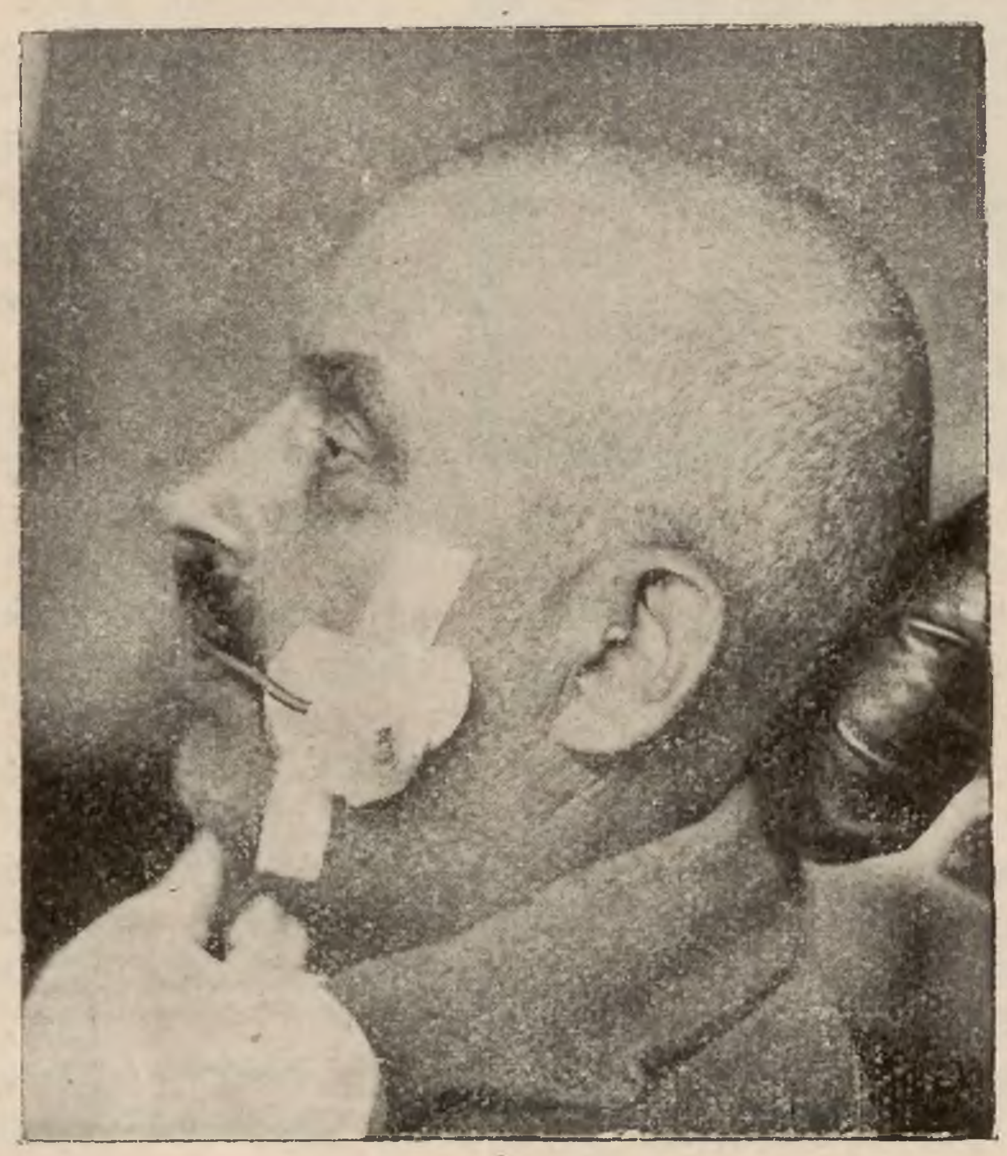
Wprowadzamy igły w znieczuleniu albo zapomocą specjalnego imadła, albo zwykłego, służącego do szycia. Wstrzykujemy środek znieczulający do n. językowego po wewnętrznej stronie krawędzi gałęzi wstępującej żuchwy, jeżeli chodzi tylko o przednie 2/3 języka *(n. lingualis)*, a długą igłę od zewnątrz nad kością gnykową, jeżeli chodzi o tylną część języka *(n. glossopharyngeus)*. Skoro znieczulenie nastąpi, przeciągamy grubą nić jedwabną przez przed-

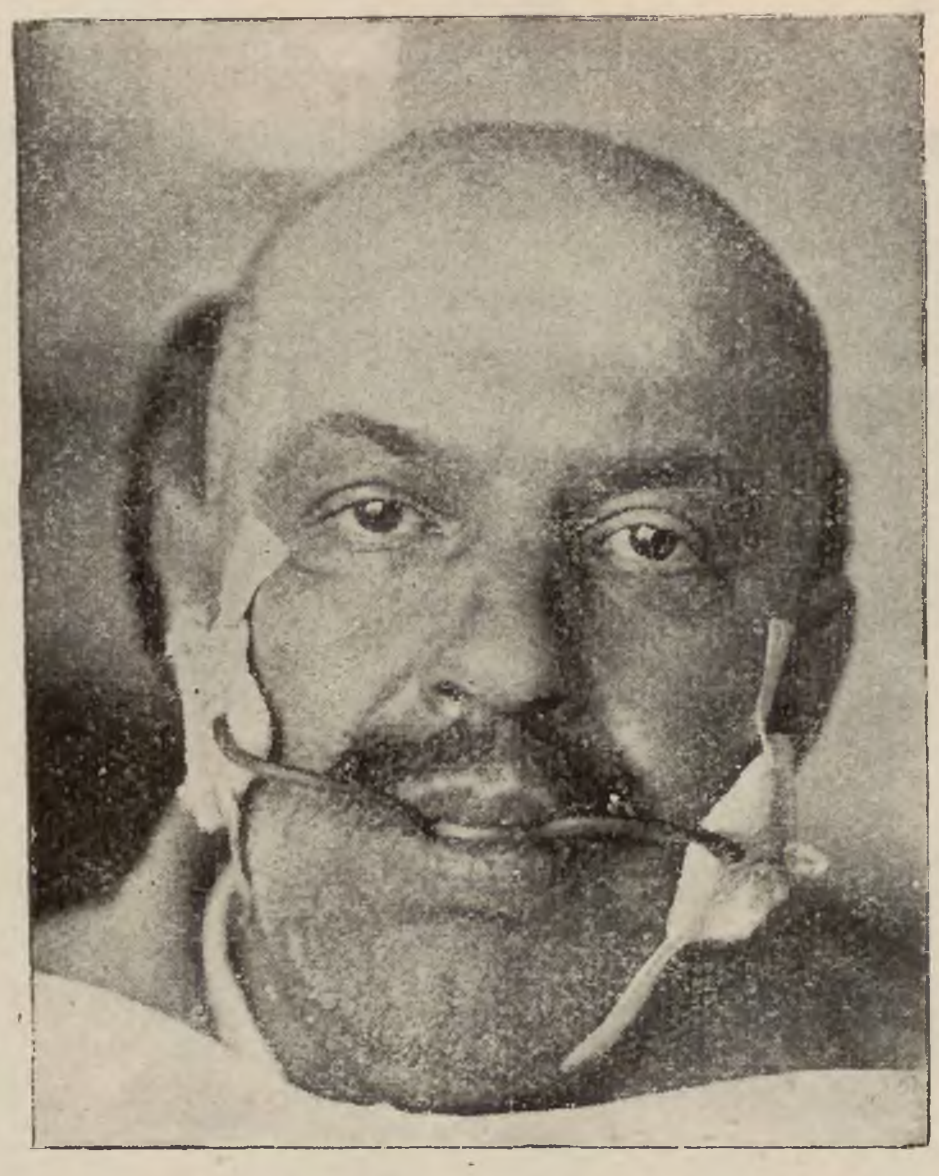


Ryc. 35. W ryc. 35 widać nitki jedwabne, któremi są przywiązane igły radowe, przyczepione nazewnątrz przylepcem.



Ryc. 36. Nitki jedwabne zastąpiono drutem z glinu bronzowego.





Ryc. 37 i 38. Ażeby wystające druty, któremi przywiązano igły radowe nie drażniły kąta ust, przeciągnięto je przez dren gumowy (Cieszyński).

Na załączonych zdjęciach rentgenowskich (Ryc. 16, 16 a i 20) widzimy wyraźnie druty, służące do przytrzymania igieł na miejscu wkłucia.

Wystające z jamy ustnej druty, wrzynają się w okolicy kąta ust i dają się niemile we znaki choremu. (Ryc. 36). Ażeby temu zapobiec, postępujemy w sposób następujący:

Po założeniu igieł i ich wszyciu przeciągamy wszystkie wychodzące z jamy ustnej druty przez dren gumowy długości 6 — 8 cm i wyginamy dopiero teraz drut wraz z drenem o ca 1 cm przed kątem ust. (Sposób C i e s z y ń s k i e g o). (Ryc. 37, 38 i 33). W ten sposób otrzymują druty miękką i elastyczną pochwę, która kąta ust nie drażni nawet jeżeli przez 5 dni bez zmian na jednem miejscu spoczywa. Przeciąganie drutów przez dren czyni niepo-

nią część języka w linji środkowej, tworząc pętlę, zapomocą której można język wyciągnąć i ustalić na miejscu podczas wprowadzania i wszywania igieł i drutów, do których przywiązane są igły radowe.

Celem uzyskania znieczulenia w szczęce górnej do wprowadzenia igieł wstrzykujemy środek znieczulający do otworu okrągłego.

Po każdorazowem przyjmowaniu pokarmów, przeważnie płynnych, przepłukujemy jamę ustną słabym rozczynem wody utlenionej a dwa razy dziennie wycieramy jamę ustną ostrożnie watą nawiniętą na patyczek, ażeby usunąć resztkę pokarmów.

Płytki kauczukowe z trzymadłami radu, wzgl. uciskające wprowadzone do tkanki igły w okolicy wyrostka lub szczęki górnej modyfikujemy w sposób różny, zależnie od potrzeby. Tak

samo posługujemy się trzymadłami dla naboju radowego przy naświetlaniu radem nowotworu u podstawy języka. (Ryc. 3 i 4).

Jeżeli chodzi o ustalenie igieł radowych w pobliżu wyrostka zębodołowego dolnego, ustalamy je prócz drutu także dostawkami kauczukowemi, niekiedy obciążonemi cyną, jeżeli dostawki przyczepić nie możemy klamrą do zębów. Niekiedy przedłuża się protezę zapomocą płytki metalowej, wyścielonej gutaperką. (Ryc. 17). Bardzo dobre usługi oddało nam pociągnięcie także płytki kauczukowej gutaperką, która cokolwiek ogrzana, zachowuje swą elastyczność i tworzy łożysko dla główek igieł i drutów, wystających z tkanki i przeciwdziała przesuwaniu i wysuwaniu się igieł radowych.

Streszczenie:

Leczenie energją promienną, a zwłaszcza w postaci radjopunktury igłami filtrującemi, wedle metody Regaud'a daje w rakach języka i błony śluzowej jamy ustnej wyniki procentowo lepsze niż zabieg operacyjny. Należy wskutek tego ograniczyć wskazania do operacji, tem bardziej, że radjoterapją można uzyskać wyleczenie bez okaleczeń i bez upośledzeń czynnościowych. Do leczenia zapomocą radjopunktury nadają się przedewszystkiem raki umiejscowione w przedniej połowie grzbietu języka i na błonie śluzowej policzków. Raki umiejscowione w tylnej części języka, lub wychodzące z błony śluzowej podstawy języka powinne być leczone w ten sposób, że do radjopunktury wewnątrz-nowotworowej dołącza się naświetlenia z zewnątrz bądźto przy pomocy silnych preparatów radowych, bądź też przy pomocy naświetlań rentgenowskich wedle metody Coutarda. Metoda Coutarda nadaje się też do leczenia przypadków bardzo posuniętych i zaniedbanych jak n. p. przypadków, w których zmiany przechodzą na łuki podniebienne, na nagłośnię, lub też przebijają nazewnątrz. W przypadkach, w których zmiany usadowione są na błonie śluzowej pokrywającej szczękę, należy się liczyć z możliwością wywołania martwicy kości. W przypadkach tych stosowniejszem jest naświetlanie silnem ogniskiem radowem z zewnątrz. W przypadkach ze zmianami posuniętemi wskazanem jest niekiedy usunięcie operacyjne części kości przed rozpoczęciem leczenia. Martwica kości przedłuża i niekorzystnie wpływa na przebieg leczenia. Można ją jednak w przeważnej ilości przypadków opanować i nie niweczy ona wyniku leczniczego.

Do leczenia operacyjnego nadają się przypadki z drobnemi, początkowemi zmianami, w których zabieg nie jest połączony z poważniejszem uszkodzeniem. Następnie te przypadki, w których leczenie energją promienną zawiodło. Zdarza się, zwłaszcza przy niedostatecznem opanowaniu techniki radjoterapeutycznej, że w miejscu nieodpowiednio leczonem wytwarza się radjonekroza, nie mająca skłonności do gojenia się. W przypadkach tych trudno i badaniem drobnowidowem rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia wyłącznie z martwicą, czy też wśród tkanek nekrotycznych znajdują się jeszcze komórki nowotworowe. W przypadkach tych operacyjnem wycięciem miejsca nekrotycznego można radykalnie sprawę wygoić. Z wykonaniem zabiegu operacyjnego nie należy się jednak śpieszyć. W przypadkach z bardzo rozległym rozpadem i niewygojonemi zmianami nowotworowemi można niekiedy jeszcze naświetlaniami rentgenowskiemi wedle metody Coutarda wyleczenie uzyskać.

Wyleczenie zmian pierwotnych nie jest naogół trudnem przy znajomości zasad techniki radjoterapeutycznej i przy zmianach nie zanadto rozległych. O wiele trudniejszym problemem leczniczym jest leczenie przerzutów gruczołowych. Jak wyżej wspomnieliśmy, są one często występującą komplikacją tych raków, o wiele częstszą, niż przy rakach o innem umiejscowieniu jak n. p. przy rakach skóry. Leczenie przerzutów rakowych powinno być przedewszystkiem chirurgiczne. Powinno polegać na dokładnem i doszczętnem, *możliwie wcześnie przeprowadzonem wyjęciu wszystkich gruczołów podszczękowych i szyi* aż do miejsca podziału tętnic dogłowowych. Następowo powinno być uzupełnione przez odpowiednie naświetlania radowe, względnie rentgenowskie. W ten sposób uniknie się w większej niż dotychczas ilości przypadków tych niepomyślnych wyników, w których chorzy wyleczeni ze zmiany pierwotnej, ginęli wskutek wtórnych przerzutów.

Co do techniki zakładania igieł radowych należy nadmienić, że doskonałe ustalenie ich na miejscu uzyskujemy przywiązując je zamiast jedwabiem — podwójnym skręconym drutem z glinu bronzowego, który przyszywamy do okolicznej tkanki (sposób Cieszyńskiego). Igły w pobliżu wyrostka zębodołowego dolnego przytrzymujemy stale na miejscu niekiedy zapomocą protezy kauczukowej a obciążonej wewnątrz cyną, o ile brak zębów dla klamer, mających ustalić położenie protezy. Powierzchnię protezy pociągamy warstwą gutaperki (Cieszyński), tworząc w ten sposób elastyczne podłoże, w którem znajdują zarazem oparcie główki igieł radowych a druty łożysko; w ten sposób chronimy się przed odleżynami, które mogą powstać w czasie 5 — 6 dni, w których dniem i nocą proteza uciskowa spoczywa w jamie ustnej podczas naświetlania radem. Wystające z jamy ustnej druty przeciągamy przez dren celem ochrony kąta ust (Cieszyński).

Dr. Leonard HEILPERN. Kraków.

O leczeniu osłaniająco-adsorbcyjnem wrzodu trawiennego i stanów nadkwasoty koloidalnym wodorotlenkiem glinu.

Z. I. Kliniki chorób wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Dzisiejszy stan wiedzy o wrzodzie trawiennym, a ściśle mówiąc o chorobie wrzodowej i najczęściej z tem związanych stanach wzmożonego wydzielania soku żołądkowego, opiera się na licznych teorjach i hipotezach. Wymieniając najważniejsze do dnia dzisiejszego utrzymujące się teorje o patogenezie wrzodu, jak: teorja naczyniowa Virchowa, teorja o dysharmonji w układzie wegetatywnym Bergmanna, teorja nieżytowa Konjetzny'ego, wreszcie teorja Büchnera i Porgesa, przypisująca najważniejsze znaczenie sokowi żołądkowemu, — dochodzimy do przekonania, że leczenie choroby tej musi być niejednolite i wielorakie, tak pod względem dietetycznym jak i farmakologicznym, a co z tego wynika i nieprzyczynowym, gdyż przyczyna nie jest dostatecznie wyświetloną, a na jej powstawanie składa się niewątpliwie cały zbiór rozmaitych czynników.

Zasadniczym warunkiem leczenia wrzodu jest spokój i to tak ruchowy jak i wydzielniczy żołądka, do czego zmierzają, poza spokojem fizycznym i psychicznym, dieta i mnoga ilość środków leczniczych, w pierwszym rzędzie zasady.

Co się tyczy stosowania zasad w przypadkach nadkwasoty, nie wszyscy są zgodni co do celowości tego leczenia. I tak szkoła Bergmanna zwalcza leczenie zasadami, wychodząc z dość słusznego stanowiska, że środki te, aczkolwiek bezpośrednio zobojętniają nadmiar kwasu żołądkowego, jednak pośrednio i następowo powodują zwiększanie wydzielania kwasu, tworząc tem samem błędne koło. Natomiast Porges stosuje zasady w dużych ilościach, uważając, że zasadniczym celem leczenia wrzodów i stanów nadkwasoty jest możliwie jak najsilniejsze zobojętnienie kwasów.

Stojąc na stanowisku pośredniem i uważając, że niezawsze z pożytkiem dla chorego możemy wstrzymać się zupełnie od stosowania zasad, z drugiej strony uważając, że nadmiar zasad stosowanych niezawsze jest obojętny dla zachowania równowagi kwaso-zasadowej ustroju, poddałem badaniu klinicznemu koloidalny wodorotlenek glinu, w postaci preparatu *„alucol"* [1]).

Alukol, czyli dyspersyjny wodorotlenek glinu w postaci białego proszku, nierozpuszczalnego we wodzie, posiada właściwą budowę, cechującą się tem, że podobnie jak w krysztale jakiegokolwiek związku chemicznego, części składowe alukolu są rozmieszczone wedle siatek przestrzennych tak, że wśród cząsteczek jednego rodzaju mieszczą się w równych odległościach cząsteczki drugiego rodzaju. Usunięcie z siatki przestrzennej jednego z tych rodzajów cząsteczek, powoduje załamanie się budowy, a pozostały rodzaj cząsteczek rozmieszcza się równomiernie na całej przestrzeni. Zewnętrzny kształt tego nowego ugrupowania przedstawia twór o układzie dyspersyjnym.

Pojedyncze składniki amikroskopowe łączą się w większe ultramikroskopowe, te zaś tworzą większe wtórorzędne cząsteczki, posiadające zdolność rozdzielania się pod wpływem odpowiednich elektrolitów we wodzie i przejście w twory koloidalne. Odbywa się to n. p. pod wpływem kwasu solnego i objawia się w postaci spęcznienia zawiesiny i utworzenia masy galaretowatej zupełnie stężałej lub też w postaci roztworu koloidalnego nawpół płynnego, o barwie lekko niebieskawej, o wejrzeniu mlecznem. Warunkiem przejścia w stan koloidalny jest pewien stopień dyspersji, który jest właściwą cechą charakterystyczną alukolu. Cząsteczki alukolu posiadają już pierwotnie w krysztale ładunki elektryczne, które się wzajemnie odpychają. Gdy kwas solny, jako środek peptyzacyjny zadziała na wodorotlenek glinu, wchodzą w odczyn z kwasem solnym najpierw powierzchniowe cząsteczki, następnie coraz głębsze. Z kwasu solnego oddziela się ujemny jon Cl wchodząc w związek z glinem, tworząc właściwą cząsteczkę koloidalną. Przez rozbicie i związanie kwasu solnego zostaje on zatem usunięty z roztworu. W miarę posuwania się procesu koloidyzacyjnego, działa kwas solny na coraz głębsze cząsteczki alukolu, rozkładając

---

[1]) Wyrób firmy Dr. A. Wander, Kraków.

drugorzędne na pierwotne, co pochłania dalsze ilości kwasu solnego, w ostatnim zaś okresie tej przemiany powstaje sól glinu w postaci chlorku glinowego. Nigdy jednak nie zostaje zobojętniona cała ilość kwasu solnego, z tego powodu, że powstający chlorek glinowy jest silnie zhydrolizowany, i przeto, w obecności nadmiaru dyspersyjnego wodorotlenku, pewna ilość kwasu solnego musi pozostać w roztworze. Wynika z tego, że nigdy nie może nastąpić zupełne zobojętnienie kwasu, lecz zawsze pewna część pozostaje wolną, służąc prawidłowemu trawieniu.

Te dane, tyczące się natury fizyko-chemicznej alukolu, przytoczyłem z pracy Surmonta i Cauvin'a.

Zastosowanie lecznicze alukolu znajduje zatem w tem swoje uzasadnienie, że jego duża zdolność dyspersji ujawnia się w silnej adsorbcji, przyczem duże znaczenie osłaniające i adsorbcyjne posiada wytwór koloidyzacji w postaci śluzowatej galarety.

Dla kontroli działania alukolu przeprowadziłem następujące badania *in vitro:*

0.5 g alukolu w 2 cm³ wody przekroplonej po zadaniu 2—3 kroplami kwasu solnego o stężeniu 2½, 5, 10, 15, 20 i 25%, daje w cieplocie 37° C galaretę, przylegającą silnie do ścian próbówki. Odczyn papierka Kongo przechodzi z dodatniego w ujemny. Szybkość procesu koloidyzacji przy wymienionych stężeniach HCl była rozmaitą; mianowicie przy stężeniu kwasu solnego od 10% wzwyż powstała galareta prawie że natychmiast, natomiast przy stężeniu 5 i 2½% czas potrzebny do wytworzenia się galarety wynosił około 30 minut. Szybkość zatem, z jaką odbywa się proces koloidyzacji, zależy prócz ciepłoty w pierwszym rzędzie od stężenia kwasu solnego i jest tem szybszy, iż wyższe jest stężenie. W tym kierunku zgodne też są z mojemi wynikami prace Surmonta, Cauvina, Matheza i i.

Kilka prób przeprowadziłem też z wydobytą treścią żołądkową, którą, po oznaczeniu stopnia kwasoty (L — wolny kwas solny i A — ogólna kwasota) oraz stężenia jonów wodorowych (pH), mieszałem w ilości 10 cm³ z 0.2 g alukolu i pozostawiałem w cieplarce przy 37° C.

Próby te wykonałem z frakcjonowaną treścią żołądkową o następującej kwasocie:

	1.	2.	3.	4.	5.
L	30°	37°	70°	85°	63°
A	38°	58°	94°	108°	82°
pH	1.—	1.4	1.1	1.—	1.1

Po 30 minutach odczyn Kongo był we wszystkich częściach jeszcze silnie dodatni, galareta jeszcze się nie wytworzyła. Po upływie dwóch godzin odczyn Kongo był już ujemny i widać było wyraźne tworzenie się galarety, która po upływie dalszych 30 minut dała już masę zupełnie stężałą.

Mimo dużych napozór różnic w kwasocie poszczególnych frakcyj (jak n. p. 1) L 30°, 4) L 85° i 1) A 38°, 4) A 108°, co pozwoliłoby na przypuszczenie, że peptyzacja odbywać się będzie z inną szybkością w obu tych próbach, widzimy, że stało się to w jednym czasie, co tłumaczyć możemy tem, że zasadniczą rolę odgrywa tutaj pH, które w obu tych częściach jest bardzo wysokie i jednakowe, równając się 1.—

Treść żołądkowa w ilości 10 cm³ o wartościach L 28°, A 52°, pH 1.6, zmieszana z ilością 0.5 g alukolu, przechowana przez 15 min. w cieplarce, nie dała galarety, badana natomiast papierkiem Kongo dała odczyn ujemny, kwasota zaś wykazała następujące wartości: wolny kwas solny był już nieobecny, brak HCl wynosił 10°, A 32°, pH 2.5. Widzimy zatem znaczne obniżenie się wartości kwasoty. W drugiej próbce o kwasocie L 30°, A 60°, pH 1.7, brak HCl po 15 min. wynosił 10°, A 31°, pH 2.2. To znaczne i szybkie obniżenie się kwasoty w tych dwóch próbach *in vitro* tłumaczy się niestosunkiem pomiędzy dużą ilością alukolu (0.5 g) a małą ilością treści żołądkowej (10 cm³). Doświadczenie to jednak wykazuje, że obniżenie się wartości kwasoty nie postępuje w tym wypadku równolegle z wytworzeniem się galarety.

Treść żołądkowa w ilości 10 cm³ o wartościach: brak HCl 8°, A 12°, zmięszana z 0.2 g alukolu, dała po jednej godzinie płynny roztwór koloidalny o barwie mleczno-mętnej. Jednakże stanu zupełnego stężenia nie mogłem zauważyć, mimo dłuższego jeszcze spostrzegania.

Przeprowadziłem trzykrotnie badania treści żołądkowej, wydobytej po śniadaniu alkoholowem Ehrmanna. Po oznaczeniu kwasoty podałem tym chorym nazajutrz po 0.5 g alukolu, 15 min. przed śniadaniem, a zatem 30 min. przed wydobyciem pierwszej frakcji, oraz tą samą dawkę alukolu, 30 min. po wypiciu śniadania alkoholowego. Tym sposobem, podając alukol naśladowałem stosunki, w jakich chorzy alukol zażywali; wyniki otrzymane w tych trzech przypadkach były następujące: w dwu przypadkach wartości L wzrosły o 9° i 11°, A wzrosło o 29° i 25°; natomiast górna granica pH obniżyła się z 1.— do 1.3 i z 1.1 do 1.4, dolna granica z 1.7 do 2.— i z 1.5 — 2.—. W jednym natomiast przypadku wartości L przed i po alukolu pozostały niezmienione, wzrosło natomiast A o 3°, górna granica pH pozostała bez zmiany, dolna obniżyła się z 1.7 — 2.—.

Badania te przeprowadzone sposobem frakcjonowanym nie wykazują zatem obniżenia wartości L i A po podaniu alukolu, wręcz odwrotnie, wskazują na wzrost tych wartości w przeciwieństwie do krzywej pH, która wykazuje obniżenie stężenia jonów wodorowych do normy.

To pozorne podwyższenie się kwasoty w poprzednich doświadczeniach daje się łatwo wytłumaczyć. Badania te były przeprowadzone treścią nieprzesączoną. Badając jednakowoż jedną i tę samą treść żołądkową przesączoną i nieprzesączoną otrzymujemy wyniki odmienne. I tak treść żołądkowa, badana 15 minut po podaniu choremu 0.5 g alukolu wykazała następujące wartości:

nieprzesączona		przesączona	
	L 69°		L 49°
	A 96°		A 74°
	pH 1.3		pH 1.3

Widzimy zatem, że po przesączeniu tej samej treści wartości L i A uległy obniżeniu o 20°, natomiast pH pozostało bez zmiany. Podobne wyniki otrzymali w swej pracy Surmont i Cauvin i tłumaczą to tem, że koloid spowodował wchłonienie barwika użytego jako wskaźnika i porównują ten proces do podobnego procesu spostrzeganego w farbiarni, a spowodowanego przez zastosowanie zaprawy. Obliczenie porównawcze wartości kwasoty w treści żołądkowej, wykonane bezpośrednio po podaniu alukolu, daje istotne wyniki tylko wówczas, gdy treść żołądkowa została przesączona a koloid zatrzymany na sączku.

Badania kliniczne nad działaniem alukolu przeprowadziłem na 35 stałych chorych klinicznych.

Przypadki te podzielić można na następujące grupy:

1) *Przewlekły, trawienny wrzód żołądka* — 10 chorych (Nr. dz. klin. 181, 252, 396, 409, 432, 615, 633, 673, 683, 703, rok. szk. 1930/31).

2) *Wrzód dwunastnicy i okołoodźwiernikowy* — 15 chorych (Nr. dz. klin. 284, 292, 369, 379, 384, 575, 584, 632, 641, 651, 662, 697, 715, 716, 740 r. szk. 1930/31).

Wszyscy chorzy z grupy 1) i 2) okazują objawy chorobowe od kilku do kilkunastu lat z licznemi nawrotami.

3) *Nadkwaśność żołądka*, częścią trawienna, częścią ciągła — 6 chorych (Nr. dz. klin. 140, 144, 193, 511, 647, 700 r. szk. 1930/31).

4) *Bezsok żołądka* — 1 chory (Nr. dz. klin. 752. r. szk. 1930/31).

5) *Zatrucie ostre* ciałami żrącemi — 3 chorych (Nr. dz. klin. 728, 739, 745, r. szk. 1930/31).

U wszystkich chorych przed rozpoczęciem leczenia oznaczałem kwasotę treści żołądkowej po śniadaniu alkoholowem Ehrmanna, wydobywając treść co 15 min. przez półtorej godziny zgłębnikiem cienkim dwunastnicowym, na cały czas badania na stałe wprowadzonym do żołądka. Przy tej sposobności nadmienić muszę, że krzywe kwasoty wykazują, zgodnie z wynikami Kalka, charakterystyczne cechy jedynie tylko przy wrzodzie dwunastnicy. Krzywe te wykazują bowiem typ t. zw. schodkowaty, którego cechą jest stałe, równomierne wspinanie się jakby schodkami krzywej kwasoty ku górze. We wszystkich innych przypadkach otrzymane krzywe nie przedstawiają żadnych cech charakterystycznych.

Po zbadaniu treści żołądkowej i kału oraz prześwietleniu promieniami Roentgena, otrzymywali chorzy dietę Leubego w połączeniu z dietą cukrową w ilości 50 g zwykłego cukru, podawanego w szklance wody 3 razy dziennie na 1½—2 godzin przed pojawieniem się bólów oraz alukol w postaci proszku w dawce 0,5 g pół godziny przed i pół godziny po jedzeniu, 3 razy dziennie, łącznie więc 3 g alukolu dziennie. Ten sposób leczenia wystarczał w znacznej większości przypadków do usuwania wszelkich dolegliwości podmiotowych, a także i przedmiotowych w przeciągu kilku dni tak, że w trzech przypadkach chorzy opuścili już klinikę po 8—10 dniach leczenia, na własne życzenie. Średni czas spostrzegania i leczenia wynosił jednak od 3—6 tygodni.

We wszystkich przypadkach wrzodów były typowe objawy: bóle po jedzeniu, nudności, odbijania kwaśne, zgaga, czasem wymioty, silna bolesność uciskowa i krew utajona w stolcu. Po 4—6 dniach stosowania wymienionego powyżej sposobu leczenia następowała znaczna poprawa, mianowicie znikały wszystkie dolegliwości podmiotowe, utrzymywało się jedynie odbijanie kwaśne. Bolesność uciskowa zmniejszała się wyraźnie, ustępowała zaś dopiero po 10—14 dniach. Krew utajona w stolcu znikała po

7—8 dniach. W trzecim tygodniu leczenia prawie wszyscy chorzy nie odczuwali już żadnych dolegliwości tak, że domagali się rozszerzenia diety. Również znikało zaparcie stolca.

W poszczególnych przypadkach, gdzie zniecierpliwieni chorzy domagali się rychłego uśmierzenia bólów, otrzymywali jako dodatek do alukolu 0,02 *extr. beladonnae*. U chorych mniej wrażliwych wystarczał jednak alukol nawet przy bardzo silnych bólach.

W jednym przypadku (chory H. T. Nr. dz. klin. 683 r. szk. 1930/31) wrzodu drążącego, istniejącego na krzywiźnie małej od kilku lat, którego chwilowo nie poddawaliśmy leczeniu chirurgicznemu, a który przed trzema laty spowodował silny krwotok żołądkowy, skarżył się chory na bardzo gwałtowne ataki bólów, które przez pierwszy tydzień leczenia dietą Leubego i alukolem prawie że nie zmniejszyły swego nasilenia; po upływie tygodnia jednak bóle zaczęły powoli ustępować i zmniejszać się aż do zupełnego ich zaniku po dwóch tygodniach. Chory od tej chwili czuł się zupełnie dobrze, bolesność uciskowa zmniejszyła się, ustępując w zupełności pod koniec piątego tygodnia, równocześnie też znikła krew utajona ze stolca. Badanie rentgenologiczne, przeprowadzone na początku, wykazało obecność cienia na krzywiźnie małej, upoważniającego do rozpoznania wrzodu drążącego; badanie zaś przeprowadzone pod koniec szóstego tygodnia nie mogło już stwierdzić obecności tego cienia, a tylko skrócenie krzywizny małej. Ten wynik kontrolnego badania rentgenologicznego upoważnia do twierdzenia, że wrzód drążący uległ zbliznowaceniu, powodując skurczenie krzywizny małej, nie dając żadnych objawów klinicznych tak podmiotowych, jak i przedmiotowych.

W innym przypadku (chory F. O. Nr. dz. kl. 673. R. szk. 1930/31) wrzodu żołądka na krzywiźnie małej z bardzo silną bolesnością uciskową, zastosowano zamiast diety Leubego, dietę papkowatą i półpłynną, złożoną z kaszki, grysiku, ryżu, kleiku, jaj, przetartego kompotu i t. d. oraz jako środek leczniczy, zastrzyki angjoksylu w dawce po 60 jednostek dziennie przez 20 dni zrzędu.

Aczkolwiek po tej ilości zastrzyków chory czuł się znacznie lepiej, bóle samoistne prawie że ustąpiły, a bolesność uciskowa również się zmniejszyła, niemniej jednak chory skarżył się na gniecenie w dołku podsercowym, występujące po jedzeniu, oraz odbijania kwaśne. Wobec tych dolegliwości, pozostałych po 20 zastrzykach angjoksylu, zastosowałem alukol, który po trzydniowem zażywaniu go spowodował ustąpienie gniecenia i odbijania, a nadto po tygodniu znikła również i bolesność uciskowa tak, że chory po 10 dniach zażywania alukolu zażądał wypisania z kliniki.

U innego chorego (chory A. O. Nr. dz. klin. 633. r. szk. 1930/31) z wrzodem okołoodźwiernikowym zastosowano leczenie polegające na diecie Leubego i podawaniu *bismutum carbonicum* w ilości 2 g naczczo oraz $NaHCO_3$ + MgO po 0.3 g + *extr. belladonnae* 0,02 g 3 razy dziennie. Po czterotygodniowem leczeniu utrzymywała się bardzo silna zgaga, mimo zażywania przez tak długi czas wymienionych powyżej leków, wobec czego, po odstawieniu tych środków, zastosowano alukol, który po trzech dniach zażywania usunął całkowicie męczącą chorego zgagę.

Działanie alukolu zawiodło w jednym przypadku (chory H. W. Nr. dz. 511. r. szk. 1930/31) z dużą kwasotą żołądkową, z objawami klinicznemi wskazującemi wprawdzie na wrzód żołądka, gdzie jednak wielokrotne badania rentgenologiczne dawały stale wynik ujemny. Podawanie alukolu przez 3 tygodnie nie dało żadnego wyniku. Jednakowoż bez wyniku pozostało też leczenie bizmutem i rozmaitemi zasadami, wstrzykiwaniami angjoksylu oraz naświetlaniem promieniami Roentgena. Po 6-o tygodniowem leczeniu chory opuścił klinikę bez zmiany swojego poprzedniego stanu. Po upływie dwóch miesięcy zgłosił się na klinikę celem udzielenia wyjaśnień o swoim stanie, podając, że od miesiąca zażywa alukol w tabletkach, który mu tym razem przyniósł znaczną ulgę, usuwając bóle, nudności i odbijania kwaśne.

Okoliczność, że stosowanie poprzednio tego samego środka w takiej samej ilości, w taki sam sposób i przez taki sam długi czas w klinice nie dało dodatniego wyniku, należałoby tłumaczyć może tem, że chory bardzo wrażliwy przeprowadził to drugie leczenie po opuszczeniu środowiska szpitalnego, tem bardziej, że całokształt badań klinicznych nie mógł wykluczyć istnienia jedynie nerwicy wydzielniczej żołądka.

U chorych z nadkwaśnością żołądka ustępowały dolegliwości szybko po zastosowaniu alukolu po 3 g dziennie obok lekkiej diety.

U wszystkich chorych w pierwszych dwóch tygodniach zaznaczył się spadek wagi ciała do dwóch kilogramów, który jednak w miarę dodatków w diecie, poprawy stanu ogólnego i wzrostu dobrego samopoczucia, ustępował wzrostowi wagi, który dochodził nawet do 4 kg.

Alukol w dużych dawkach po 3 łyżki stołowe w mleku zastosowałem też z dobrym wynikiem w dwu przypadkach zatrucia spirytusem skażonym i w jednym przypadku zatrucia kwasem solnym. Jako środek wiążący kwas solny oraz osłaniający błonę śluzową żołądka przez wytworzenie galarety koloidalnej, jest alukol w tych wypadkach niewątpliwie wskazany przed innemi, w tych wypadkach stosowanemi, zasadami.

U wszystkich chorych przeprowadziłem badania treści żołądkowej po śniadaniu alkoholowem sposobem frakcjonowanym, tak samo jak przed rozpoczęciem leczenia, również i pod koniec leczenia, celem stwierdzenia jaki wpływ wywiera alukol na nadmierne wydzielanie treści żołądkowej. W poszczególnych grupach otrzymałem następujące wyniki:

1. *Wrzody żołądka.* Obniżenie kwasoty w dwóch przypadkach o następujące wartości: L 37^0 i 53^0, A 31^0 i 45^0, w pierwszym przypadku po trzytygodniowem ,w drugim po czterotygodniowem stosowaniu alukolu. pH obniżyło się z 1.1 na 1.6 i z 1.5 na 1.9. Wzrost kwasoty w trzech przypadkach, średnio o L 30^0, A 40^0, pH wzrosło z 1.3 na 1.1; bez zmiany pozostała kwasota w trzech przypadkach. Nadmienić muszę, że na ogólną liczbę 10 wrzodów żołądka, w dwóch przypadkach kwasota wykazywała prawidłowe wartości i taką też pozostała po ukończeniu leczenia.

2. *Wrzody dwunastnicy i okołoodźwiernikowe:* Na ogólną liczbę 15 przypadków stwierdziłem obniżenie kwasoty w 6 przypadkach po 3—6 tygodniowem leczeniu, średnio o L 14^0—43^0 i A 10^0—30^0, obniżenie pH z 1.—1.3 do 1.4—1.6. Wzrost kwasoty stwierdziłem w trzech przypadkach średnio o L 10^0—30^0 i A 15^0—35^0, pH wzrosło z 1.3—1.2 na 1.2—1. Bez zmian pozostała kwasota w 6 przypadkach.

3. *Nadmierne wydzielanie kwasu solnego.* Obniżenie kwasoty stwierdziłem w jednym przypadku o L 12^0 i A 14^0, pH obniżyło się z 1. na 1.3 po dwutygodniowem leczeniu, wzrost kwasoty w dwu przypadkach średnio o L 20^0 i A 35^0, pH wzrosło z 1.4 i 1.6 na 1.2 i 1.4. Bez zmian pozostała kwasota w jednym przypadku.

4. W jednym przypadku *bezsoku żołądkowego,* gdzie zastosowaliśmy alukol dla stwierdzenia jego działania w tych stanach, nie spowodował on żadnej zmiany wartości kwasoty.

5. W trzech przypadkach *otruć,* treść żołądkowa ze zrozumiałych względów nie mogła być badaną.

A zatem na ogólną liczbę 28 chorych z nadkwasotą, wykazało obniżenie kwasoty 9, t. j. *32.11%,* wzrost kwasoty 8 t. j. *28.52%,* bez zmian pozostało 11 t. j. *39.25%.* Średnio więc 1/3 ilości przypadków wykazuje obniżenie kwasoty, 1/3 wzrost, 1/3 zaś pozostaje bez zmiany.

Wyniki te są uderzająco zgodne z badaniami K o l t a i B e n k o v i c s a z kliniki Balinta w Budapeszcie, odnośnie do wpływu środków alkalizujących na zachowanie się kwasoty żołądkowej. Badania przeprowadzone na 80 chorych z nadkwasotą żołądka, leczonych zasadami i przetworami atropinowemi w ciągu długiego czasu, gdyż w niektórych przypadkach nawet przez okres 6-u lat — wykazały, że wysokość kwasoty zmniejszyła się w 1/3 ilości przypadków, w 1/3 wzrosła, a w 1/3 pozostała bez zmiany. Według ich spostrzeżeń, poprawa stanu podmiotowego nie idzie w parze ze zmniejszeniem się kwasoty, gdyż nawet przy wzroście, poprawa podmiotowa była nieraz wybitną. Stąd wysnuwają wniosek, że dolegliwości podmiotowe nie są spowodowane wysoką kwasotą. R o s e n t h a l z tej samej kliniki wykazał, że u chorych z wrzodem kwasota w czasie bólów i bez bólów nie zmienia się, wobec czego uważa, że niema związku między bólami a wartościami kwasoty.

W wyniku badań klinicznych nad wpływem wody z źródła Zubera w Krynicy, a więc wody bardzo silnie alkalicznej, na wydzielanie soku żołądkowego, zwraca uwagę Tempka na tę okoliczność, że ustępowanie objawów chorobowych, wywołanych czyto samą wzmożoną czynnością wydzielniczą żołądka, czy też jeszcze i równoczesną obecnością wrzodu trawiennego, bynajmniej niezawsze idzie w parze z odpowiedniem zachowaniem się treści żołądkowej. I tak w wypadkach wzmożenia kwasoty pod wpływem wody Zubera objawy kliniczne ustępowały niekiedy zupełnie, natomiast w niektórych wypadkach obniżenia kwasoty, objawy podmiotowe tylko częściowo znikały.

Wyniki te są zatem zgodne z wynikami osiągniętemi leczeniem zapomocą alukolu, albowiem u chorych, u których kwasota nie uległa zmianie, a nawet u tych, u których pod wpływem kilkutygodniowego leczenia wzrosła, dolegliwości podmiotowe i przedmiotowe ustępowały względnie się zmniejszały.

Ze względu na tę wybitną niezgodność między zachowaniem się stopnia kwasoty żołądka a polepszeniem objawów podmiotowych, stwierdzoną tak przeze mnie jak i przez innych, należałoby

może przyjąć, że dodatnie wyniki lecznicze wrzodu żołądka przy używaniu alukolu względnie środków alkalizujących jako takich lub w postaci wód mineralnych, polegają nietylko na samem zmniejszeniu kwasoty żołądka, ale nadto może i na leczeniu nieżytu błony śluzowej żołądka, towarzyszącego prawie stale wrzodowi — względnie te dodatnie wyniki mogą być następstwem np. odnośnie do alukolu, jego działania osłaniającego.

To podmiotowe polepszenie przy użyciu tak alukolu jak środków zobojętniających, nie musi być równoznaczne z wyleczeniem samego wrzodu, o którego rzeczywistem wyleczeniu mówić możemy tylko wówczas, gdy wykażemy zabliźnienie wyrażające się wynikiem badania rentgenologicznego względnie gastroskopijnego lub długoletnim stanem bez nawrotów.

Do leczenia wrzodów i stanów nadkwasoty, obok diety w pierwszym rzędzie, nadaje się tedy alukol doskonale z dwóch względów. Przedewszystkiem jako środek osłaniający błonę śluzową żołądka przez wytworzenie spęczniałej, galaretowatej, koloidalnej masy, zalewającej wszelkie zaułki śluzówki, po drugie jako lek, posiadający zdolność adsorbcji kwasów. Na podstawie powyższych wywodów, uważam pierwszą zaletę alukolu za ważniejszą od drugiej.

Jak wykazał Surmont i Cauvin na wyciętym żołądku psa, któremu podano poprzednio za życia alukol, wytworzona galareta przylegała silnie do żołądka i znajdowała się głównie w obrębie odźwiernika, przed nim i poza nim, a zatem w miejscu najczęstszego występowania zmian chorobowych.

Alukol jest zatem wskazany do stosowania we wszystkich przypadkach choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz w stanach nadkwasoty żołądkowej. Stosowany nawet przez czas dłuższy albo w dawkach bardzo dużych n. p. w otruciach, nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. Do stosowania alukolu niema też żadnego przeciwwskazania. Podawać można też alukol w połączeniu n. p. z belladonną, atropiną, papaweryną, naogół wystarcza jednak samoistne stosowanie, nigdy jednak z innemi zasadami, jak zgodnie podają wszyscy autorzy, gdyż — jak już na wstępie zaznaczyłem — za Surmontem i Cauvinem, zhydrolizowany chlorek glinu zostawia zawsze pewną ilość wolnego kwasu solnego, utrzymującego prawidłowe trawienie, a która to część mogłaby ulec zupełnemu unieczynnieniu przez dodanie do alukolu zazwyczaj stosowanych środków alkalizujących. Najdogodniejszą dawką jest ilość 3 g, rozłożona na 6 dawek po 1/2 g, podawana 1/2 godziny przed i 1/2 godziny po jedzeniu.

Ostatecznie mogę stwierdzić, że alukol, dzięki swej zdolności osłaniającej śluzówkę żołądka, oraz dzięki zdolności adsorbcji kwasów, jest środkiem, który wydajnie wzbogaca nasz zasób leczniczy w powyżej wymienionych stanach chorobowych.

Piśmiennictwo:

1) S. R. Kagan: Die Behandlung des Magengeschwürs und der Hyperchlorhydrie. Tłum. z Clinical Medecine. Tom 32. 1925. — 2) H. Kalk: Neue deutsche Klinik Tom 6. 1930. — 3) Kolta u. Bonkovics: Med. Klinik Nr. 31. 1925. — 4) J. A. Mathez: Alucol bei der Behandlung der Hyperchlorhydrie. Praca dyplomowa z kliniki lekarskiej Uniwersytetu w Genewie. 1924. — 5) O. Porges: Magenkrankheiten, ihre Diagnose u. Therapie. Rok 1929. — 6) H. Surmont i J. Cauvin: Studjum kliniczne i doświadczalne nad kolloidalnym wodorotlenkiem glinu. Tłum. z l'Echo Medical 1925. — 7) T. Tempka: Pol. Gaz. Lek. Nr. 40. 1925.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Paweł ADAMOWICZ. Kraków.

Niedrożność naczyń wieńcowych a tętniak ściany serca.

Z II. kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jag.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Latkowski.

(Dokończenie).

Prócz wzniesienia ciepłoty, tak zwanej *febris epistenocardica*, która w przypadkach niedrożności tętnic występuje podczas napadu dusznicy (Hanser, Franck) (36) i która może się utrzymywać jeszcze w ciągu kilku następnych dni, zwyczajnie na drugi, czwarty dzień po napadzie, przy dokładnem badaniu, można stwierdzić tarcie osierdziowe na ograniczonej przestrzeni. Objaw tarcia jest krótkotrwały i wysłuchuje się go najczęściej w miejscu, w którem powierzchnia serca dotyka klatki piersiowej, a więc na przestrzeni między 4—6 żebrem na lewo od linji mostkowej lewej do linji przymostkowej. Objaw tarcia zjawia się wskutek suchego zapalenia osierdzia w zetknięciu z powierzchnią mięśnia sercowego, objętą zawałem. Tarcie może się utrzymywać od kilku dni do dwu tygodni, a znika czyto wskutek wessania lub zorganizowania warstwy włóknika, czy też wskutek wytworzenia się zrostów i zlepienia się obydwu listków osierdziowych. Wreszcie może zniknąć wskutek nagromadzenia się płynu w worku osierdziowym t. j. przekształcenia suchego zapalenia w wysiękowe (Leschke) (38).

Christ (39) na 3.000 sekcyj zwłok starców ponad 60 lat znalazł w 196 przypadkach zapalenie osierdzia, a wśród tego w 6-ciu przypadkach stwierdził *pericarditis epistenocardica* w miejscach zawałów i rozmiękczenia mięśnia sercowego (3%).

Goarham spostrzegał w 6-ciu przypadkach dusznicy bolesnej ciche tarcie osierdziowe w okresie ponapadowym ze wzniesieniami ciepłoty w ciągu 4 — 5 dni. Nitrogliceryna, naparstnica i morfina nie wywierały wpływu ani na bóle, ani na zaburzenia czynności serca. Z tego w 3-ch przypadkach doszło do badania anatomicznego zwłok i u wszystkich stwierdzono niedrożność tętnicy wieńcowej z powodu zakrzepu. W jednym przypadku nie było tarcia osierdziowego, ponieważ zawał zajmował tylko tylną część ściany lewej komory. Po pięciu latach z sześciu przypadków tylko jeden pozostał przy życiu.

Jeżeli chory przetrzyma ciężki napad dusznicy bolesnej, spowodowanej zakrzepem w tętnicy wieńcowej i zawałem w ścianie mięśnia sercowego, następuje okres względnego spokoju i rzekomego wyzdrowienia. Zdaniem Sternberga, w tym okresie, który trwa tygodniami bez żadnych napadów i bólów, zwraca uwagę lekarza nadzwyczajne osłabienie mięśnia sercowego. Według spostrzeżeń Franka, ogólnemu osłabieniu towarzyszy w ciągu wielu tygodni znaczne obniżenie parcia krwi poniżej 100 mm rtęci. Spadek parcia krwi u tych chorych jest prawie regułą, zwłaszcza uwydatnia się ta różnica, jeżeli przed napadem parcie było wyższe. Niekiedy zdarza się, że parcie krwi z 230 mm Hg przed napadem spadło do 120 mm Hg po napadzie, lub ze 150 na 85 mm Hg.

W miarę postępowania i przekształcenia się zmian anatomicznych w mięśniu sercowym, parcie krwi stopniowo wzrasta, i często dochodzi do wysokości, jaka była przed napadem (Parkinson, Bedford).

W tym właśnie okresie rzekomego wyzdrowienia chorego, co może się ciągnąć kilka miesięcy, a nawet kilka lat (Hanser, nasz przypadek), stopniowo rozwija się tętniak w miejscu poprzedniego zawału. Rozwój tętniaka przebiega dość skrycie. Jak już wyżej nadmieniłem, chory może nie mieć zupełnie bólów, lub bardzo nieznaczne słabe napady dusznicy powstałej wskutek wzruszeń. Cierpienie wyraża się raczej słabemi dolegliwościami w okolicy serca i pewnem ogólnem osłabieniem. Tacy chorzy nawet zapominają o swej chorobie i pierwotnych bólach, uważają je za rzecz przebytą, minioną i czują się zdrowymi; łatwo znoszą nawet ciężkie wysiłki fizyczne, nie wyłączając n. p. chodzenia po górach. W naszym przypadku upłynęło trzy lata i 10 miesięcy względnego zdrowia i znośnego samopoczucia u chorego od chwili pierwszego gwałtownego napadu dusznicy z klasycznym przebiegiem niedrożności tętnicy wieńcowej, aż do chwili zejścia. Frank przytacza przypadek, w którym okres ponapadowy aż do zejścia śmiertelnego wynosił 4 lata, w innym zaś przypadku (wspomnianym przez tegoż autora) okres ten ciągnął się 3 lata. Jegoroff (40) przytacza opisy przypadków, w których zejście następowało po 5, 7, 10, a nawet 15 latach od chwili pierwszego napadu dusznicy bolesnej, który był cechującym dla powstania ostrej niedrożności tętnicy wieńcowej. Parkinson i Bedford (41) podają przypadek chorego, który zmarł po 11 latach od pierwszego napadu, a dwa inne przypadki skończyły się śmiertelnie po 5 latach. W 8-miu przypadkach Parkinsona i Bedforda chorzy prowadzili czynny tryb życia, 33 było w stanie znośnego zdrowia, a u 25 podczas ruchów występowały napady dusznicy i niedomogi mięśnia sercowego.

W okresie, gdy następuje względne wyrównanie czynności serca, znikają objawy niedomogi i osłabienia mięśnia sercowego. Cienka warstwa tkanki łącznej, wchodząca w skład ściany uchyłka, pod wpływem narastającego parcia krwi rozciąga się i tworzy kieszeń uwypuklającą się nazewnątrz łuku komory. Wytworzenie się więc tętniaka należy uważać jako zjawisko uboczne, powstałe na podłożu zmienionej chorobowo ściany mięsnej, a pod wpływem czynników natury mechanicznej.

Jeżeli osłabienie serca i niewyrównanie jego czynności nie ustępują po okresie *pericarditis epistenocardica*, a więc w okresie przebudowy tkankowej zawału, chory ginie i brak jest wówczas czasu, a właściwie czynników mechanicznych, pod wpływem których tętniak mógłby się wytworzyć. A zatem tętniak powstaje tylko w przypadkach, gdy stan czynności serca ulega poprawie, a parcie krwi powraca do wysokości pierwotnej, względnie dorównuje normalnemu parciu.

Najczęściej spotyka się tętniaki w ścianie lewej komory, zwłaszcza w okolicy koniuszka i tuż obok przegrody międzykomorowej, a znacznie rzadziej na tylnej ścianie lewej komory. Rzadko kiedy udaje się stwierdzić tętniaka na przegrodzie międzykomorowej, a do wyjątków należą tętniaki prawej komory i przedsionków. W kilku przypadkach, ogłoszonych w piśmiennictwie przy badaniu anatomicznem udało się stwierdzić po dwa, trzy, a nawet cztery małe tętniaki w jednem i tem samem sercu (Bacaloglu, Pletniew, Jegoroff, Fujinami).

Zwykłem zejściem tętniaka serca jest pęknięcie jego ściany w okresie niedomogi serca lub pod wpływem wysiłku. Warto w tem miejscu przytoczyć najdawniej zanotowane pęknięcie serca i opisane przez Harveya (42) temi słowy: *„Vir nobilis, eques, auratus dominus, Robertus Darey... cum erat consistente aetate, saepe de dolore quodam pectoris oppressivo conquestus est, praecipue nocturno tempore, ita ut quandoque lipothymiam quandoque suffocationem, a paroxysmo metuens, vitam inquietam et anxiam degeret... Tandem ingraves cente morbo cachecticus et hydropicus fit; et ultimo in uno paroxysmo vehementer oppressus, obiit. In huius cadavere... ex impedito transitu sanguinis de sinistro ventriculo in arterias, paries ipsius ventriculi sinistri cordis (qui satis crassus et robustus cernitur) disruptus et amplo hiatu perforatus erat; cum foramen tantae amplitudinis sanguinem effunderet, ut facile aliquem ex meis digitis reciperet"*.

Pierwszy raz stwierdził tętniaka prawego przedsionka Olaus Borrich w r. 1676, następnie Pierre Dionis w r. 1696, tętniaka komory lewej Dominic Caleati w r. 1757; znacznie później, bo w r. 1815 Hodgson opisał pęknięcie tętniaka serca i ustalił, że tętnica wiodąca do miejsca pęknięcia była zaczopowana. Dalsze spostrzeżenia tego rodzaju podawali Tantin, Lancereaux, Loeb, Ziegler, Cohnheim, Schultes, Rechberg i wielu innych.

W dostępnem mi piśmiennictwie do roku 1930 liczba ogłoszonych i opisanych przypadków wynosiła 318 z naszym przypadkiem włącznie.

Stosunkowo mały odsetek w ogłoszonym materjale wynosi liczba przypadków tętniaka serca rozpoznanych za życia, ponieważ tylko w 11 z naszym włącznie, rozpoznanie było postawione za życia chorego.

Otóż, jeżeli rozejrzymy się krytycznie w ogłoszonym dotychczas materjale przypadków tętniaka serca, to zwraca naszą uwagę zadziwiająco mała ilość przypadków, które zostały rozpoznane za życia, co należy kłaść na karb słabo rozpowszechnionej wśród lekarzy znajomości objawów klinicznych tego cierpienia. Dotyczy to zarówno początkowych okresów schorzenia jak i dalszych jego następstw, gdy cierpienie wyraża się już dobrze rozwiniętym uchyłkiem. Ważne znaczenie dla rozpoznania tej sprawy chorobowej ma badanie chorego promieniami Roentgena.

Rozpoznanie ostrej niedrożności tętnicy wieńcowej, na podstawie poprzednio opisanego zespołu objawów chorobowych, jest możliwe, jeżeli rozumie się, pamiętać o tej sprawie przy łożu chorego i brać ją w rachubę rozważania rozpoznawczego.

To samo dotyczy okresu rozmiękczenia mięśniowego *(myomalacia)*, gdzie dokładne wywiady i badanie fizykalne naprowadzą spostrzegawczego lekarza na właściwą drogę.

Rozpoznanie zaś już rozwiniętego tętniaka mięśnia sercowego za życia chorego, nastręcza bezsprzecznie pewne trudności, co zgodnie podkreślają wszyscy autorzy, aczkolwiek jest ono możliwe, po uwzględnieniu dokładnych wywiadów, przebiegu klinicznego, wyników badania fizycznego i rentgenologicznego i wreszcie badania elektrokardjograficznego serca. Usadowienie tętniaka i jego wymiary mają też nieraz znaczenie decydujące w rozważaniu rozpoznawczem. Żeby uprzytomnić sobie różnicę w trudnościach rozpoznawczych, zależnie od wymiarów i usadowienia tętniaka, wystarczy porównać trudności, które napotykamy przy obecności małego tętniaka koniuszka serca w jednym przypadku, a dużego tętniaka w drugim n. p. środkowej części łuku lewej komory. W pierwszym przypadku trudności rozpoznawcze będą znacznie większe niż w drugim, tak z punktu widzenia objawów badania fizykalnego, jak i rentgenologicznego.

Zresztą zbyt duże rozmiary tętniaka tak samo utrudniają rozpoznanie (t. zw. *coeur en bisac)*, ponieważ w tych przypadkach w pierwszym rzędzie bierzemy pod uwagę sprawy chorobowe osierdzia albo choroby serca połączone ze stanem niedomogi, potem guzy, a na ostatku już wchodzi w rachubę tętniak serca. Zdaniem autorów, zajmujących się tą sprawą chorobową, uderzenie koniuszkowe w przypadkach tętniaka serca zazwyczaj bywa słabe i prawie niewyczuwalne, natomiast uderzenie samego serca, na co większość autorów szczególny kładzie nacisk, bywa wybitnie wzmożone, podnoszące i rozlane (Pletniew, Kasem Bek (43), (Sternberg). Huchard (44) uważa różnice mędzy uderzeniem koniuszka, a uderzeniem serca za jeden z najważniejszych objawów klinicznych tej sprawy chorobowej. Jednakże objaw ten nie ma znaczenia w przypadkach małych tętniaków, usadowionych w koniuszku serca, gdyż w rzeczy samej stwierdza się tu, wbrew powyższej regule, podnoszące rozlane uderzenie koniuszkowe, jak to było np. w przypadku Leschkego. Podnoszące uderzenie koniuszkowe stwierdzamy w bardzo licznych cierpieniach serca, wobec czego można go uważać za objaw rozpoznawczy tylko w przypadkach, w których mamy podnoszące uderzenie serca i równoczesne osłabienie lub brak uderzenia koniuszkowego.

W naszym przypadku mieliśmy ten objaw bardzo wyraźnie zaznaczony, gdyż przy ledwo wyczuwalnem uderzeniu koniuszka stwierdziliśmy podnoszące rozlane uderzenie serca, które na klatce piersiowej odpowiadało górnej części lewego serca. Uderzenie serca było bardzo wyraźne i dobrze wyczuwalne po przyłożeniu dłoni lub słuchawki do klatki piersiowej.

W przypadku tętniaka serca zwykle stwierdza się wypukiem powiększenie poprzecznego wymiaru serca na klatce piersiowej, przytem cechującym szczegółem tego powiększenia jest brak przesunięcia górnej granicy serca, co go odróżnia od przypadków powiększenia serca zależnego od płynu w worku osierdziowym, lub od powiększenia z powodu niewydolności mięśnia sercowego. Obrysy serca w przypadku tętniaka, przeniesione na klatkę piersiową, odpowiadają kształtem sercu ułożonemu poziomo, co daje obraz serca typu aortowego, lub serca w przewlekłem zapaleniu nerek, przebiegającem ze znacznem podniesieniem parcia krwi. Są jednak przypadki, w których poprzeczny wymiar serca nie był powiększony. W czterech przypadkach Pletnewa stwierdzono powiększenie poprzecznego wymiaru serca; w naszym przypadku również był znacznie powiększony poprzeczny wymiar, przytem obrysy serca,w rzucie na klatkę piersiową, miały wybitnie poziome ułożenie w kształcie *„coeur en sabot"*.

Osłuchiwaniem najczęściej można stwierdzić tylko głuche tony, niekiedy cichy szmer skurczowy, przed- lub rozkurczowy. Większość autorów nie przypisuje większego znaczenia rozpoznawczego objawom osłuchowym. W naszym przypadku stwierdziliśmy osłuchiwaniem tylko głuche tony nad wszystkiemi ujściami. W niektórych przypadkach bywa zupełny brak objawów charakterystycznych dla tego cierpienia, aczkolwiek na zasadzie dokładnych wywiadów, przebiegu klinicznego, przy uwzględnieniu czterech okresów Sternberga, rozpoznanie staje się prawdopodobne. Na dowód ostatniego może służyć przypadek Sternberga, w którym autor rozpoznał tętniaka wyłącznie opierając się na wywiadach i przebiegu klinicznym, a badanie anatomiczne zwłok potwierdziło obecność tętniaka lewej komory i niedrożność tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie tętniaka sercowego za życia ogłoszono w dość nielicznych przypadkach i dotychczas podali je Christian i Frick (45), Jaksch Wartenhorst (46), Lenk (48), F. Kraus (47), Pletniew, Leschke, Kalisch (49), Assman (50), Jean Heitz et Caron (51) i nasz przypadek.

Badanie rentgenologiczne w przypadkach tętniaka serca powinno częściej niż inne sposoby badania wskazać lekarzowi na właściwą przyczynę choroby, jeżeli je przeprowadzimy bardzo dokładnie. Właściwe badanie promieniami X w takich przypadkach polega na prześwietlaniu chorego we wszystkich pozycjach prawidłowych i ukośnych, oraz utrwaleniu charakterystycznej zmiany na zdjęciu rentgenowskiem. Zmiany kształtów i nieprawidłowe wypuklenia łuków serca łatwo zauważyć, jakkolwiek małe tętniaki, które leżą u koniuszka serca, można też łatwo przeoczyć. Tętniaki koniuszka nie wywołują w początkowym okresie swego istnienia zbyt wyraźnie zaznaczonych odchyleń od normy w zarysach łuku koniuszkowego, ponadto obrysy koniuszka sercowego, przy wysokiem ustawieniu przepony, słabej jej ruchomości oddechowej, w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, przy obecności warstwy tłuszczu w worku osierdziowym, mogą być całkowicie przysłonione przez cień przepony lub cień mięśnia sercowego. Należy przeto, w tego rodzaju przypadkach żądać, by lekarz ordynujący dzielił się swemi przypuszczeniami z rentgenologiem, co ułatwi badanie i prędzej pozwoli uzyskać pozytywny wynik. Nietylko podejrzane wypuklenie w zarysie łuku serca powinno zwrócić uwagę lekarza, ale też trzeba uważać na zachowanie się brzegów tego wypuklenia. Według opinji Christiana i Fricka, wypuklony brzeg tętniaka nie tętni w obrazie rentgenoskopowym, co najwyżej można zauważyć niewyraźne, udzielone drgania w okresie skurczów serca. W naszym przypadku istotnie dobrze wypuklony zarys łuku tętniaka nie miał samoistnych ruchów tętniących ścian i nie mogliśmy ich zauważyć pomimo parokrotnego badania, co zresztą zgadza się ze spostrzeżeniami w piśmiennictwie. Brak fal skurczowych ściany tętniaka łatwo się tłumaczy zanikiem żywych włókien mięsnych, zdolnych do samoistnych wydatnych skurczów. Trzeba też mieć na uwadze, że

większe i dłużej utrzymujące się tętniaki z reguły są wypełnione przez skrzepy słoiste, wskutek czego tętnienie ściany nawet udzielone staje się bardzo powierzchownem i ma cechy wstrząsów.

Jaksch Wartenhorst zapomocą promieni X stwierdził w obrębie koniuszka sercowego wypuklenie wielkości orzecha włoskiego, które było wyraźnie uwapnione i leżało wewnątrz worka osierdziowego. Twór ten u koniuszka wykonywał ruchy obrotowe w kierunku nadół i nazewnątrz, jednocześnie ze skurczem serca, na zasadzie czego rozpoznano tętniaka koniuszka serca. Badanie anatomiczne zwłok potwierdziło rozpoznanie: poza tem okazało się, że kieszeń tętniaka wypełniały skrzepy częściowo uwapnione; prócz tego było zwyrodnienie mięśnia sercowego, zwłóknienie w obrębie komór, oraz zrosty ściany tętniaka z workiem osierdziowym *(pericarditis chronica epistenocardica)*.

W przypadku tętniaka serca, stwierdzonego w klinice prof. Latkowskiego, rozpoznanie opiera się całkowicie na wynikach badania rentgenologicznego z jednej strony, a z drugiej — na wynikach wywiadów przebiegu i badania klinicznego. Podkreślić należy, że dzięki badaniu rentgenologicznemu wykonanemu bezpośrednio po pierwszym gwałtownym napadzie dusznicy bolesnej przed ś. p. doc. Nowaczyńskiego, a w 20 miesięcy przed powtórnem badaniem u nas w klinice, które pozwoliło ustalić z całą ścisłością dobrze rozwiniętego tętniaka w górnej połowie łuku lewej komory, zdobyliśmy ciekawy dowód, pozwalający ustalić czas rozwoju tętniaka w danym przypadku jeszcze za życia chorego.

Trudno się natomiast zgodzić z zapatrywaniem Pletniewa i Hansera, którzy badaniu rentgenologicznemu w przypadkach tętniaka serca nie przypisują większego znaczenia dla postawienia właściwego rozpoznania.

Wymienieni autorzy uważają, że badanie kliniczne samo przez się w zupełności wystarcza do rozpoznania tej sprawy chorobowej, jednakże mimo tego Pletniew posługiwał się badaniem rentgenologicznem w swoich przypadkach. Na potwierdzenie słuszności swego stanowiska Pletniew podkreśla, że rozpoznanie umiejscowienia tętniaka, wykonane przez Christiana Fricka zapomocą promieni X, jak wykazało późniejsze badanie anatomiczne, było nieścisłe. Otóż wydaje nam się takie twierdzenie błędnem i nieuzasadnionem, ponieważ w rozpoznaniu danej sprawy chorobowej istota rzeczy nie polega na tem, czy tętniak jest położony 1—2 cm wyżej lub niżej, ale czy rzeczywiście schorzenie serca w danym przypadku jest tętniakiem. Nie ulega wątpliwości, że rozpoznanie postawione tylko na podstawie objawów klinicznych będzie w najlepszym razie mieć cechy przypuszczenia, natomiast wyniki badania rentgenologicznego łącznie z objawami klinicznemi nadają takiemu przypuszczeniu cechy twierdzenia, gdyż promienie X, do pewnego stopnia, pozwalają na autopsję żywego człowieka.

Wobec tego badanie rentgenologiczne w podobnych przypadkach trzeba uważać za czynnik rozstrzygający dla postawienia ścisłego rozpoznania sprawy chorobowej.

Nasz przypadek przedstawia się, jak następuje:

Ks. Dziekan, lat 55 z S. L. dz. 284 z 14 marca 1927 r. Chory zgłosił się ze skargami na bicie serca podczas snu, które budziło go w nocy, czemu później towarzyszyło kłucie w okolicy serca. Bóle występowały naogół w dłuższych odstępach czasu napadowo i trwały krótko. Prócz tego chory podawał, że miewał uderzenia krwi do głowy z uczuciem gorąca w całem ciele. Podczas chodzenia odczuwał niekiedy bicie serca i z tego powodu unikał zbytecznych ruchów. Dokuczały mu też zawroty głowy i niepewność przy chodzeniu, gdyż miał nieraz wrażenie, że lada chwila może się przewrócić. Tłumaczy sobie te stany rzekomo niedokrwistością, która wytworzyła się w związku z krwawieniami z guzów krwawniczych odbytu. Wreszcie uskarżał się na szybkie wyczerpanie, tak po wysiłku fizycznym jak i umysłowym. *Obecna choroba rozpoczęła się ściśle dnia 7 lutego 1925 r. napadem gwałtownego bólu w okolicy serca.* Ból ten wystąpił nagle, bez żadnej widocznej przyczyny, poza mostkiem i w okolicy serca, a następnie rozszerzył się na całą prawą połowę klatki piersiowej i lewą górną kończynę. Ból odznaczał się gwałtownością i chory miał uczucie zbliżającej się śmierci. Czynność serca przytem była bardzo niemiarowa. Napad ten trwał 24 godzin. Po upływie tego czasu bóle złagodniały w okolicy serca, jednakże utrzymywały się w całej lewej połowie klatki piersiowej i w lewej kończynie górnej. Stopniowo bóle złagodniały. Chory zażywał podczas napadu *Validol*, oraz wcierał jakąś maść.

Czy chory miał podniesienia ciepłoty w czasie, lub po napadzie, podać nie może.

Również gwałtowny napad bólu powtórzył się w marcu 1926, t. j. w rok po pierwszym napadzie, ale napad ten był znacznie słabszy, trwał tylko 3 godziny, a towarzyszyła mu niemiarowość tętna. *Wreszcie bóle ustąpiły samoistnie. Od tego czasu bóle się już nie powtarzały, jedynie zjawiało się od czasu do czasu uczucie osłabienia* oraz niemiłe uczucie ściskania w okolicy serca razem z ogólnym upadkiem sił.

Chory utrzymuje, że powodem pierwszego napadu było chodzenie po górach, oraz wyczerpanie leczeniem według Kneippa. Cały rok 1926 naogół czuł się nieźle, napadów nie miał i tylko niekiedy dokuczały choremu uderzenia krwi do głowy z uczuciem ogólnego gorąca, czasami bicie serca i osłabienie, wreszcie drżenie nóg podczas chodzenia.

Od najmłodszych lat był bardzo wrażliwy. Prześladowało go czasami uczucie lęku przed ludźmi lub nieokreślone rozdrażnienie, które musiał wyładować w kłótni etc.

Łaknienie miał zawsze umiarkowane, cierpiał od czasu do czasu na zaparcie stolca, przytem dokuczały mu guzy krwawnicze. Innych dolegliwości chory nie podawał.

Chory odżywiał się prawie wyłącznie jarskiemi potrawami, był całe życie jaroszem; alkoholu nie używał zupełnie, (z wyjątkiem wina do mszy), papierosów nie palił. Podawał, że w dzieciństwie przebył odrę, później zapalenie opłucnej około 40 roku życia, a powtórne w 53 r. życia, któremu towarzyszył wysięk opłucnej.

W 45 r. życia cierpiał na różne dolegliwości artretyczne; twierdzi, że chorób wenerycznych nie przechodził. Rodzice zmarli w starości. Chory miał ośmioro rodzeństwa, z tego czworo zmarło na gruźlicę płuc, jeden na raka żołądka, jeden w dzieciństwie, a jedna siostra żyje.

Badanie przedmiotowe:

Wzrost 178 cm, waży 84,7 kg, nieznaczne otłuszczenie powłok zewnętrznych, kościec i mięśnie dobrze rozwinięte. Skóra barwy normalnej. Gruczołów chłonnych nie wyczuwa się. Czaszka, gałki oczne — prawidłowe; źrenice oddziaływują prawidłowo na światło i akomodację, od kilku lat jest dalekowidzem. Słuch dobry. Jama ustna: dziąsła prawidłowo zabarwione, język lekko obłożony bladym nalotem, poza tem bez zmian. Uzębienie okazuje braki. Migdałki normalne. Tarczyca nie powiększona. Kończyny górne i dolne bez zmian. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, tor oddechowy prawidłowy. Drżenie głosu po obu stronach klatki piersiowej prawidłowe.

Opukiwanie:

Nad szczytami nieznaczne przytłumienie wypuku. W przestrzeni międzyłopatkowej i w dolnych częściach płuc wypuk niski, jawny, głośny. Te same stosunki i na powierzchni przedniej klatki piersiowej. Osłuchiwaniem z tyłu stwierdza się nad szczytem lewym zaostrzony wdech, nad szczytem prawym wdech pęcherzykowy, nad obu szczytami wydech zaostrzony. W przestrzeni międzyłopatkowej i w dolnych częściach płuc wdech pęcherzykowy, a wydech nieoznaczony. Od przodu w drugiej przestrzeni międzyżebrowej z obydwu stron oddech pęcherzykowy, nad resztą powierzchni płuc również oddech pęcherzykowy. Dolne granice płuc dobrze ruchome, przytem po stronie prawej dolny brzeg na 6 żebrze w linji sutkowej, 7 żebro w linji pachowej, a 9 żebro w linji łopatkowej. Po stronie lewej w linji pachowej 7 żebro, w linji łopatkowej 9 żebro.

Narząd krążenia:

W dołku jarzmowym brak tętnienia wyczuwalnego tętnicy głównej. *Obmacywaniem nie stwierdza się uderzenia koniuszkowego serca.* Ponad lewą brodawką sutkową, *na przestrzeni prawie 7 cm² wyczuwa się uderzenie serca, które jest podnoszące, rozlane i daje się stwierdzić naocznie po przyłożeniu słuchawki.* Szmerów nie wyczuwa się. Uderzenie serca, które pod dłonią ma charakter tłoczenia i wypychania, leży między 3—5 żebrem tuż ponad brodawką sutkową.

Opukiwanie (granice stłumienia względnego) serca: trzecie żebro na linji sutkowej, prawa mostkowa i palec nazewnątrz lewej sutkowej. Tętnice dobrze napięte, nieco twarde bez zgrubień, równe, dobrze wypełnione; tętno miarowe.

Osłuchiwanie: czynność serca miarowa. Tony u koniuszka serca głuche lecz wyraźne. Nad tętnicą płucną drugi ton czysty bez akcentu. Nad zastawkami półksiężycowemi tętnicy głównej drugi ton czysty, nie wzmożony.

Jama brzuszna:

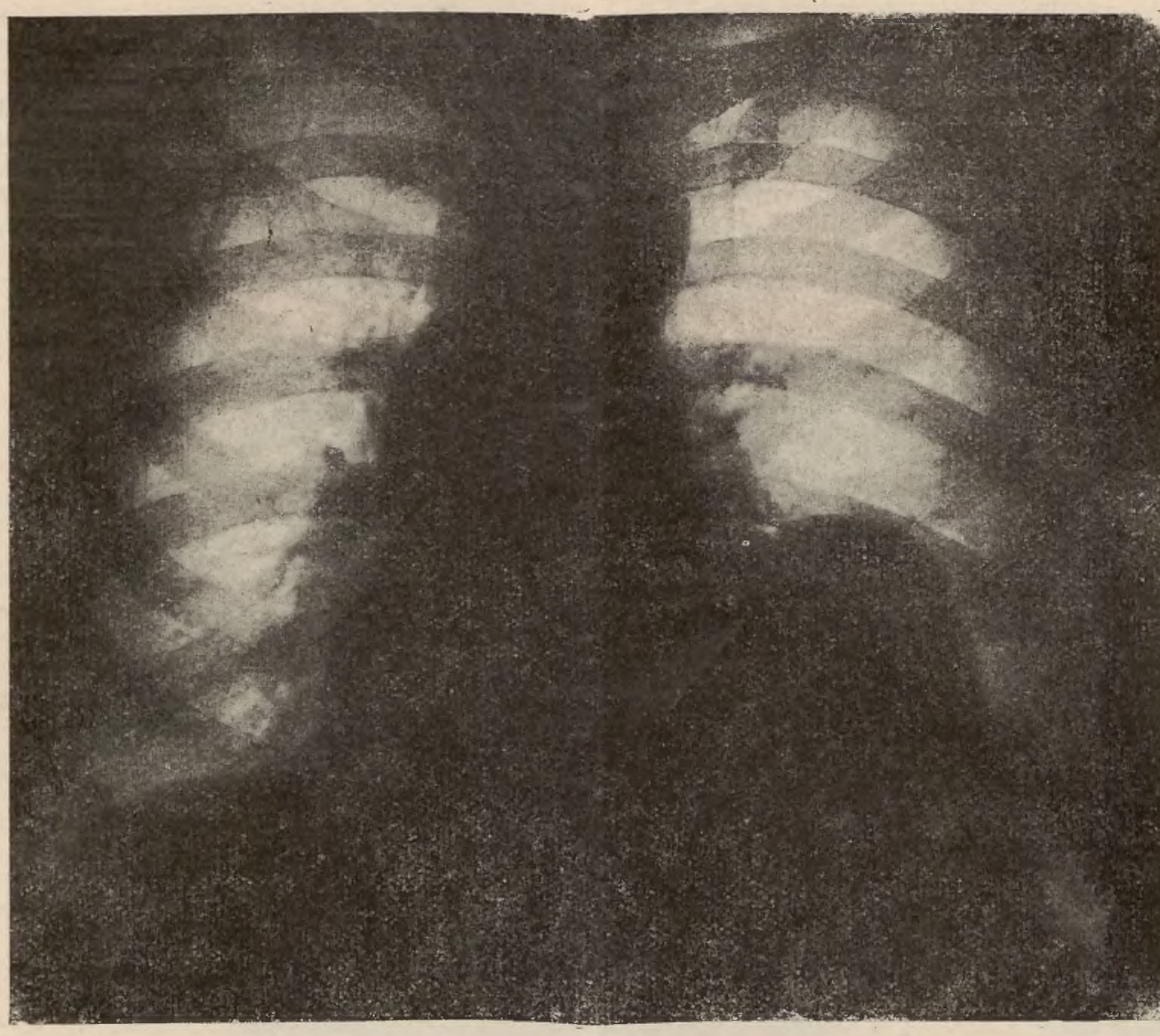
Duża warstwa podściółki tłuszczowej, powłoki zwiotczałe. Nie wyczuwa się punktów bolesnych, ani oporów nieprawidłowych.

Wątroba: dolny brzeg wychodzi w linji sutkowej z pod łuku żebrowego. *Śledziona* niewyczuwalna.

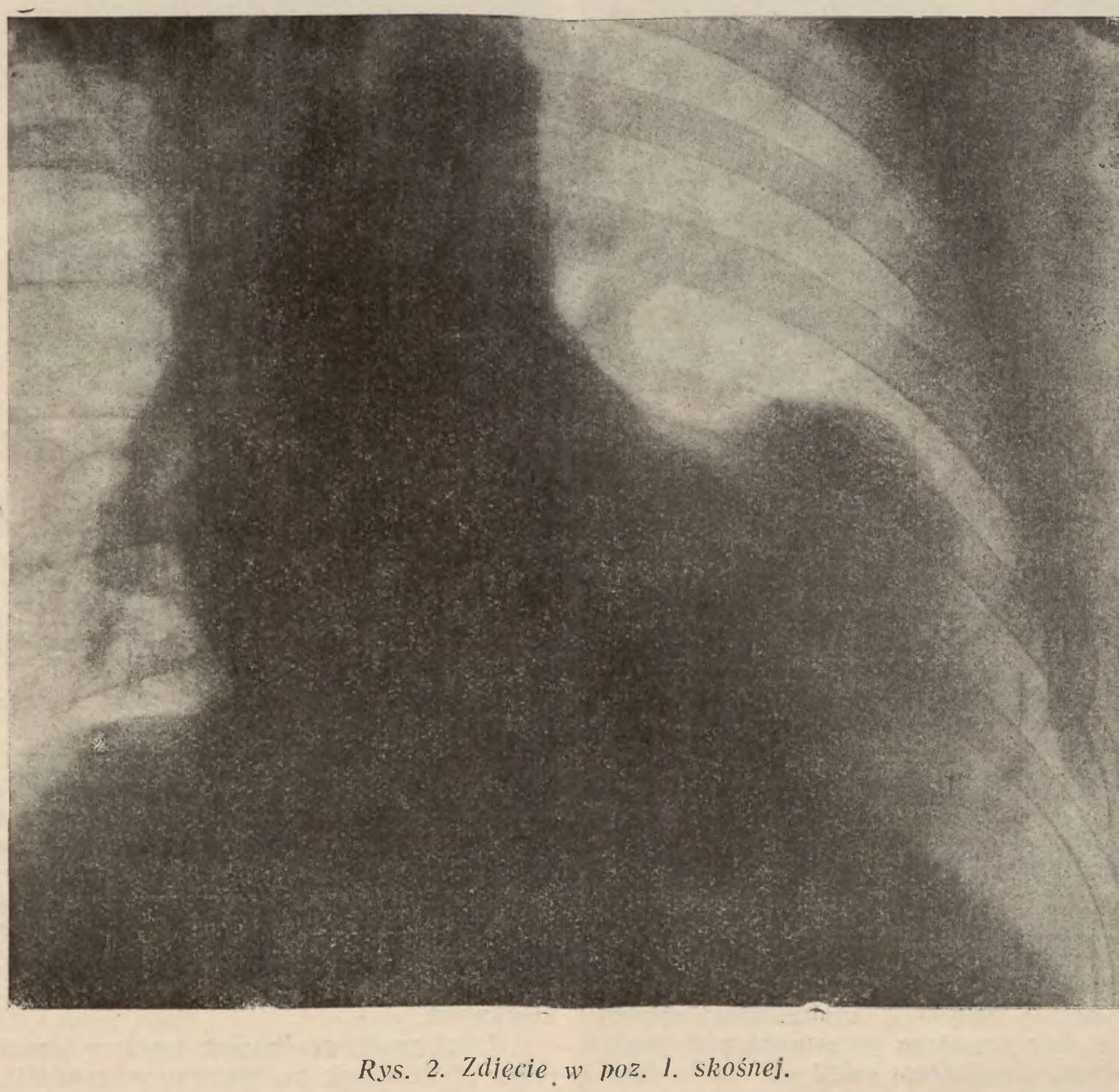
Odruchy ścięgniste wzmożone, patologicznych brak.

Badanie moczu — stosunki prawidłowe. Badanie serologiczne krwi na odczyn Wassermanna wypadło z wynikiem ujemnym. Sfigmograf wykazuje czynność miarową.

RR 100/68 mm Hg.



Rys. 1. Zdjęcie tylno-przednie.



Rys. 2. Zdjęcie w poz. I. skośnej.

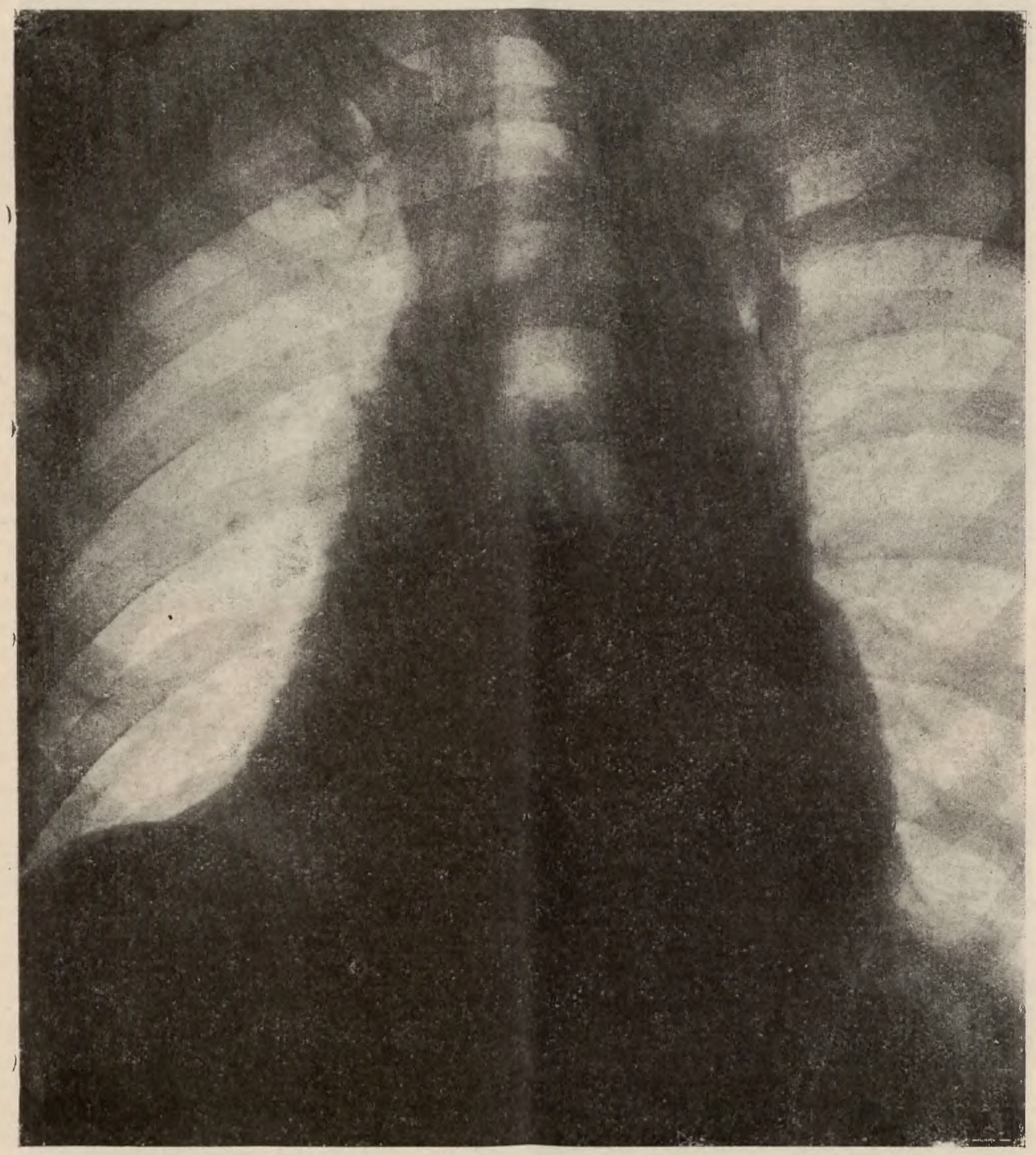
Badanie rentgenoskopowe serca z dnia 3 lipca 1925 r. wykonane przez ś. p. Doc. Nowaczyńskiego brzmiało: serce znacznie powiększone, konfiguracji wybitnie aortowej *(vitium aorticum)*. Tonus mięśnia sercowego znacznie upośledzony (osłabiony) — *myocarditis*. Aorta w całości znacznie rozszerzona (typu *aortitis*). Płuca: kąty przeponowo-żebrowe zaciemnione, prawy w większym stopniu niż lewy (— płyn w opłucnej? przesięki?). Wymiary ortodiagraficzne serca: Tr. = 17 cm, L = 17 cm, Aorta — Tr. = 7 cm.

Badanie rentgenoskopowe serca z dnia 10 marca 1927 roku: Serce poziomo ułożone o typie aortowym. Łuk lewej komory zniekształcony przez wypuklenie w kształcie garbu wielkości mandarynki, który zajmuje jego górną połowę, tuż pod łukiem przedsionkowym lewym i leży na przedniej i bocznej powierzchni lewego serca. Garb ten ma brzegi równe, ostro cięte. Nasycenie cienia wypuklonej części lewej komory jest znacznie więcej przejrzyste, niż reszta cienia lewej komory; robi wrażenie jakby torbieli. Brzegi tego wypuklenia nie tętnią samoistnie, jedynie udziela im się drganie wskutek skurczów komory. Łuk wstępujący tętnicy głównej jest wydłużony, rozszerzony, o cieniu miernie zagęszczonym.

Wymiary ortodiagraficzne serca: H = 7,2 + 13, L = 21; Aorta: L = 10, Tr. = 5.

Rozpoznanie rentgenologiczne: *Aneurysma ventriculi sinistri cordis. (Vide* zdjęcia w pozycjach tylno-przedniej oraz I. i II. skośnych).

Podczas pobytu w klinice występowały u chorego przypadłości sercowe, które wyrażały się biciem i kołataniem serca w godzinach porannych bezpośrednio po przebudzeniu. Chory nie miewał innych dolegliwości podczas pobytu w klinice, którą opuścił w dniu 30 marca. Chory w dalszym ciągu pozostawał pod opieką lekarza w miejscu zamieszkania, w którem pełnił obowiązki duszpasterza. Według wiadomości zaczerpniętych od tegoż lekarza i od otoczenia chorego, zgon nastąpił przy objawach nagłego osłabienia serca 25 listopada 1928 r. Na tydzień przed śmiercią czuł się jeszcze bardzo dobrze, nawet brał udział w zjeździe zawodowym. Dnia 22 listopada był u D-ra Ł. z powodu wzdęcia brzucha i bólu w dołku podsercowym; zalecono mu *calcium carbonicum* z powodu rozwolnienia. W dniu zejścia odprawił w godzinach porannych mszę i do godziny 12 w południe czuł się dobrze, jak w dniach poprzednich. O godzinie 12 położył się z powodu złego samopoczucia do łóżka i po godzinnym odpoczynku spożył obfity obiad. O godzinie 3 popołudniu poczuł nagły ból w dołku podsercowym i sądził, że to jest następstwem spożytego obiadu. Poproszono D-ra K. z powodu bólu, który dość gwałtownie się nasilał. Wystąpiło gwałtowne parcie na stolec i z tego powodu zmuszony był chory wstać z łóżka. Po wypróżnieniu położył się zpowrotem, zażył 15 kropel kodeiny i napił się wody bilińskiej. W 5—10 minut potem stracił świadomość, zarazem towarzyszyło temu stanowi osłabienie i wybitne zwolnienie tętna. W kilka minut nastąpił zgon.



Rys. 3. Zdjęcie w poz. II. skośnej.

Jak wynika z historji choroby, nasz przypadek przedstawia typowy przykład rozwoju tętniaka serca o przewlekłym przebiegu. Choroba rozpoczęła się gwałtownym napadem dusznicy bolesnej, który powtórzył się dopiero po roku i później napady już więcej nie występowały. Badanie rentgenoskopowe serca, wykonane przez śp. Doc. Nowaczyńskiego w pięć miesięcy po 1-ym napadzie, nie wykazały zmian w zarysach łuku lewej komory. Wówczas stwierdzono tylko objawy zwiotczenia mięśnia sercowego i rozszerzenie tętnicy głównej, co nadawało sylwetce serca wygląd, tak zwanego serca aortowego. Poza tem stwierdzono rzekomo warstewkę płynu w obydwu zatokach przeponowo-żebrowych.

Drugi gwałtowny napad dusznicy powtórzył się w marcu 1926 roku, czyli w rok po pierwszym napadzie, a badanie rentgenologiczne, przeprowadzone w marcu 1927 roku, t. j. w rok po ostatnim napadzie, wykazało charakterystyczne wypuklenie łuku

lewej komory, świadczące o obecności tętniaka. Jednorazowy, nie powtarzający się w ciągu roku napad dusznicy bolesnej, jego gwałtowne nasilenie i długotrwałość z następowem osłabieniem, nasuwa przypuszczenie, że napad spowodowała nagła niedrożność gałązek tętnicy wieńcowej. Wprawdzie chory nie mógł podać innych szczegółów, któreby potwierdziły te nasze przypuszczenia. Jednakże badanie rentgenoskopowe serca, wykonane w pięć miesięcy potem, nie wykazało zmian w łuku lewej komory, co możemy sobie tłumaczyć tem, że zaczopowanie przebiegało bez następowego zawału w mięśniu sercowym. Innemi słowy dostateczne zespolenia tętnicze uboczne prawdopodobnie zapobiegły groźnym następstwom niedrożności gałązek tętnicy wieńcowej.

Niemniej gwałtowny i ciężki napad, który się powtórzył w rok po poprzednim, należy uważać za powtórne zaczopowanie innej większej gałązki tętnicy wieńcowej, a które miało groźniejsze następstwa niż pierwsze, gdyż podczas ostatniego napadu oczywiście utworzył się zawał w ścianie mięśnia sercowego z wszystkiemi późniejszemi następstwami. Umiejscowienie tętniaka w tym przypadku odpowiada górnej części lewej komory na pograniczu z prawą. Jak wiemy, ten odcinek mięśnia sercowego zaopatruje w krew *ramus descendens arteriae coronariae sinistrae* i ta właśnie gałązka najczęściej ulega zaczopowaniu. Możemy przeto twierdzić, że i w naszym przypadku powtórne zaczopowanie nastąpiło w gałązce zstępującej lewej tętnicy wieńcowej i w zakresie jej rozgałęzień powstał zawał, a po roku w tem samem miejscu stwierdziliśmy już dobrze rozwiniętego tętniaka.

W okresie ponapadowym, tak po 1, jak i po 2 napadzie dusznicy chory czuł się bardzo osłabiony, miewał przykre uczucie ściskania w okolicy serca i poza mostkiem, jednakże typowe napady dusznicy więcej już się nie powtórzyły, a chory cały czas aż do śmierci pełnił obowiązki zawodowe, co zwykle zdarza się w tego rodzaju przypadkach.

Piśmiennictwo:

1) Maksymiljan Sternberg: Das Chronisch partielle Herzaneurysma. Leipzig u. Wien, 1914. — 2) D. Pletniew: Ztschr. f. Klin. Med. 1926. B. 104, s. 378. — 3) T. Browicz: Szkice anatomo-patol., r. 1921, str. 50. — 4) Crainicianu: Virchows Arch. f. anat. Path. u. Phys., B. 238, 1922. — 5) Akil Moukhtar et P. Sédad: Bullet et Mém. d. l. Soc. Méd. d. Hop. d. Paris, 1926, p. 402. — 6) C. Bacaloglu (Jassy): Arch. D. Malad. du Coeur d. vaiss. et d. Sang, 1930, N. 2, p. 81. — 7) Lutembacher: Arch. mal. Coeur, 1920, p. 49, 1918, p. 434. — 8) Hanser: Zentralbl. f. Inn. Med., Nr. 30, 1924, S. 586. — 9) Engelhardt: M. M. Woch., N. 9, 1926, S. 389. — 10) Huchard: Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte Bd. III. Paris, 1899. — 11) R. Marie: These de Paris, 1896. — 12) Walter Koch: Med. Klin. Nr. 31, 1930. — 13) Ernst Edens: Erkrankungen d. Herzens u. d. Gefässe, Springer, 1929, s. 368. — 14) James Mackenzie: Lehrbuch d. Herzkrankheiten, 1923, s. 473. — 15) E. Leschke: Klin. Woch. Nr. 49, 1929, s. 2292. — 16) Hanser: Zentrblt. f. in. Med. 1924, N. 30, S. 586 u. 590. — 17) Takata: Virch. Arch. B. 228 (cyt. w. Hansera). — 18) R. Schmidt: Med. Klin. Nr. 14, 1930. — 19) L. Aschoff: Beiheft zur Med. Klin. Nr. 1, 1930, S. 2. — Die Arteriosclerose. — 20) Anitschkoff: Ziegl. Beitr. 56; Erg. inn. Med. 1928. — 21) Schönheimer u. Yuasa: Z. physiol. Chem. 1—6, 180, 1. — 22) Lenk: Fortschr. a. d. G. d. Röntgentr. B. 35. S. 1265, 1927. — 23) E. Leschke: Ibidem R. — 24) R. Schmidt: M. M. Woch., N. 34, 1930. — 25) Morawitz: Med. Woch., N. 48, 1929. — 26) J. Pawiński: Gaz. Lek. Nr. 1, 2, 3, 4, 5, r. 1897. — 27) Wenckebach: Arch. f. Anat. u. Phys., Suppl. 1908. — 28) Biegański: Medycyna, 1894, Nr. 13, str. 275. — 29) R. Schmidt: Med. Klin. Nr. 14, 1930. — 30) H. Vaquez E. Bordet: Radiologie du Coeur et des vesseaux de la Base, Paris, 1928, p. 337. — 31) Thorel, Fujinami, Mönckeberg, cyt. według Leschke, str. 2298. — 32) Vaquez: Maladies du coeur. Nouveau traité de méd. T. XVII. 1923. — 33) E. Géraudel: La mécanisme du coeur et ses anomalies. Masson, Paris, 1928. — 34) Prof. J. Latkowski: Pamiętniki XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z roku 1911, str. 464. — 35) Prof. J. Latkowski: O elektrokardjografji w przypadkach zrostów osierdziowych; Zjazd Internistów polskich w roku 1931, Kraków. — 36) Parkinson i Bedford: cyt. według Franka Lancet. 1928. — 37) Franck: Med. Klin. Nr. 9, 1930. S. 297. — 38) E. Leschke: Specielle Pathol. u. Therapie inner Krankheit, IV B. — 39) Christ; Goarham: Ibidem. 40) Jegoroff B.: Z. Klin. Med., Nr. 106. — 41) Parkinson et Bedford: Lancet, 1928, S. 4. — 42) Harvey: Cyt. według Ernest Edens, Die Erkrankungen d. Herzens u. d. Gefässe. Springer, 1929. — 43) Kasem-Bek: Zentralbl. f. Inn. Med. 1897. — 44) Huchard: Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte. T. III. Paris, 1899. — 45) Christian u. Frick: Klin. Woch. 1922, Nr. 13. — 46) Jaksch Wartenhorst: Fortsch. a. d. Geb. Röntgenstrahlen XXXIII, H. 4, 1925. — 47) F. Kraus: Berl. Klin. Woch., Nr. 23, 1919. — 48) Lenk:Fortsch. ad. geb. Röntg. B. XXXV, H. 6. S. 1265, 1927. — 49) Kalisch: Wien. Klin. Woch., Nr. 34, 1927. S. 1078. — 50) Assman: Die Röntgendiagnostik d. inner. Erkrankungen, 1922. — 51) Jean Heitz et Carone: Arch. mal. coeur, juillet 1923. — 52) W. Spaltenholz: Die Arterien d. Herzwand. Leipzig, 1924. — 53) Wolkoff: Zieglers Beiträge 82. — 54) Morawitz Hochrein: M. M. Woch., Nr. 1, 1928, S. 17. — 55) Ungar M.: P. G. Lek. Nr. 38, 1931.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

M. Labbé, H. Labbé, F. Nepveux. *Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.* Paris. 1932. Masson et Comp. Str. 867. rys. 135. tablic barwnych 5. Cena 140 fr. fr.

Recenzent widzi cel tej pięknie napisanej i wytwornie wydanej książki w bardzo zdrowem, ale trudnem do osiągnięcia dążeniu: całość badania chorego ma spoczywać w ręku jednego człowieka; klinicysta, który leczy, jest równocześnie chemikiem, przeprowadzającym potrzebne mu oznaczenia chemiczne; potrafi on również zdać sobie dobrze sprawę z tego, co przedstawia obraz rentgenowski; umie interpretować wyniki badań bakterjologicznych; w wymuszeniu diety kieruje nim znajomość składu chemicznego pokarmów i ich działania na ustrój. Nie daje się to dążenie pogodzić ze stale wzrastającą dążnością do specjalizacji w obrębie chorób wewnętrznych, specjalizacji, która w ostatnich latach oddziela od siebie nawet poszczególne narządy, pozostające w ścisłej wzajemnej zależności. Wymieniony cel może jednak osiągnąć tylko lekarz o bardzo szerokim horyzoncie myślowym, o szczególnie wszechstronnem przygotowaniu, utrzymujący stale kontakt z rozwijającą się wiedzą. Omawiane dzieło skonstruowane jest w ten sposób, że pierwsze rozdziały omawiają zasady odżywiania, następnie podane jest zestawienie i podział schorzeń żołądka, jelit, trzustki, nerki, wątroby, dalej otyłość, cukrzyca, dna; przedmiotem dalszych rozdziałów jest teoretyczne omówienie przemiany spoczynkowej, składników mineralnych ustroju, równowagi kwasowo-zasadowej, przemiany węgla, azotu, ciał kreatynowych, tłuszczów, węglowodanów, fosforu, siarki, chlorków, wapnia, lecytyny, cholesterolu i lipoidów. Po tych rozdziałach przystępują autorzy do właściwej techniki laboratoryjnej, a mianowicie badania treści żołądkowej i dwunastnicowej, moczu, kału i krwi. Autorzy nie ograniczają się do podania jednej metody dla oznaczenia pewnego składnika i to, zdaniem recenzenta, może budzić u pracownika, który nie jest z daną dziedziną szczególnie dobrze zaznajomionym, pewne wątpliwości, którą z podanych metod obrać; ma natomiast tę dobrą stronę, że podręcznik obejmujący szereg metod, umożliwia wprawnemu pracownikowi zastosowanie tej metody, która w danych warunkach najlepiej odpowiada celowi. Książką tą powinien posługiwać się nietylko lekarz-chemik, ale także i lekarz, który sam badań nie wykonuje; znajdzie w niej wskazówki, jakie badania są w danym przypadku potrzebne oraz sposób interpretowania otrzymanych wyników. To też dzieło omawiane można uważać za pomost, który łączy lekarza, stojącego przy łóżku chorego, z lekarzem w pracowni chemiczno-lekarskiej.

W. Mozołowski (Lwów).

E. C. Cracium: *La Culture des Tissus en Biologie expérimentale.* Paryż. 1931, Masson i Co, stron 442 z 72 rys. i przedmową G. Roussy. Cena 55 fr. fr.

Jest to pierwszy podręcznik w języku francuskim, obejmujący całą dziedzinę hodowli tkanek. Po krótkim wstępie historycznym daje autor na przeszło 60 stronach szczegółowe przepisy sporządzania pożywek i wykonywania zabiegów, objaśniając te dane licznemi rycinami. Następny, najobszerniejszy rozdział poświęca autor omówieniu różnych komórek wzgl. tkanek, z których dotąd udało się uzyskać hodowle, zwracając zwłaszcza uwagę na morfologję ich wzrostu. Jeśli ten rozdział możnaby nazwać histologją kultur tkankowych, to następny, zatytułowany „O warunkach wzrostu *in vitro*" odpowiada ich fizjologji. Obszerniej omawia tu autor czynniki pobudzające wzrost (trefony Carrel'owskie) i rozwija swój pogląd na różnicowanie, obserwowane w hodowlach. Uważa, że mamy tu do czynienia z innem nieco zjawiskiem, niż różnicowanie tkankowe, z zjawiskiem, charakterystycznem dla hodowli *in vitro*. Proponuje też dla tej postaci osobną nazwę: „kataplazja *in vitro*".

Następny rozdział, zatytułowany: „cytologja *in vitro*" przechodzi od omawiania morfologji i fizjologji hodowli, ujmowanej jako całość, do morfologji i fizjologji pojedyńczych komórek, omawiając m. i. podział komórek, fagocytozę, różne tropizmy i t. p.

Trzy dalsze rozdziały przynoszą przegląd prac i faktów z dziedziny hodowli tkanek w zakresie farmakologji, fizjologji, anatomji patologicznej, bakterjologji i imunologji. Lektura tych rozdziałów przekona czytelnika, jak liczne już zastosowania i powiązania z temi dziedzinami znalazła hodowla tkanek. To też Harrison, otwierając w r. 1928 pierwszy kongres z tej dziedziny (w Budapeszcie) zauważył, że termin „hodowla tkanek" oznacza dziś już nie samą technikę, a całą rozmaitość problemów i badań, które ta technika powołała do życia.

Ostatni rozdział poświęcił autor problemowi raka; uważa, że punkt ciężkości leży w zagadnieniu, jak komórki dobrotliwe przestrajają się na złośliwe, a zagadnienie to zdaniem autora da się najlepiej rozwiązać przy pomocy hodowli tkanek. Samo powstawanie nowotworu jest zdaniem autora rzeczą drugorzędną, reakcją ustroju na różnorodne czynniki chemiczne względnie na swoisty jad. (*Rous-sark.).*

Obszerna bibljografja zajmuje sześćdziesiąt przeszło stron petitem, uwzględniająca bardzo szeroko także niefrancuskie piśmiennictwo.

J. Heller (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Zdrowie, rok XLVII, nr. 7—8, z 15 kwietnia 1932: Sprawozdanie za rok 1931 Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego. — Sprawozdanie z działalności Ogrodów im. W. E. Rau'a za rok 1931. — Sprawozdanie Instytutu Higjeny Dziecięcej im. bar. de Lenwala za rok 1931. — Sprawozdanie z działalności Komitetu Sanatorjum w Rudce za rok 1931.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 16, z 17. IV. 1932: Sprawy zawodowe.

Przegląd Dentystyczny, rok XII, nr. 3, za marzec 1932: J. Gombiński: O hemografji i hemostatyce w jamie ustnej.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok VI, nr. 8 z 15 kwietnia 1932: Medycyna społeczna i lekarskie życie zawodowe zagranicą. — S. Bromak: O etyce lekarskiej. — M. Skokowska-Rudolfowa: Środki ochronne przeciw zakażeniu gruźlicą bydlęcą w Polsce i zagranicą.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 16, z 21 kwietnia 1932: Z. Bychowski: Na marginesie banalnego przypadku padaczki (dok). — L. Hirszfeld: Prawa Henlego-Kocha w świetle bakterjologji współczesnej (dok.). — M. Płońskier: Badania doświadczalne nad czynnikami roślinnemi, wywołującemi guzy złośliwe u szczurów. — E. Rozenbergowa: O kile wrodzonej i najnowszych sposobach jej leczenia (streszcz. pogl.). — K. Kosiński i J. Podwiński: Krytyka projektu kodeksu deontologji lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej (c. d.). — M. Zachert: Z działalności międzynarodowej organizacji dla zwalczania jaglicy.

Wiadomości Kas Chorych, rok III, nr. 6, z 15 marca 1932: Dział urzędowy. — Zarządzenia M. P. i O. S. — Zarządzenia M. S. Wewn. — Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Medycyna Społeczna. — Sprawy społeczne w Sejmie i Senacie. — Z życia kas chorych.

Medycyna, nr. 8, z 21 kwietnia 1932: W. Krotow: W sprawie rozpoznania ostrego zapalenia opłucnej śródpiersiowej (pleuritis mediastinalis acuta). — M. Stankowska i J. Szymańska: O swoistości i częstości odczynu zlepnego z pałeczką Banga. — Z. Galinowski: O trudnościach klinicznego rozpoznania raka pierwotnego płuc. — W. Zawadowski: Technika radjologicznego badania tętnicy głównej i radjodiagnostyka kiłowego zapalenia jej błony średniej.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 17, z 24 kwietnia 1932: B. Raciński: Wykrywanie benzyny lub nafty w niewielkich ilościach terpentyny. — M. Bornstejn: Fizjo- i psychotechnika w przemyśle chemicznym i farmaceutycznym (dok.). — Sprawy zawodowe.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 8, z 15 kwietnia 1932: W. Dzierzyński: Przedwczesne zrośnięcie szwów czaszki. — M. Gąsiorowski: Służba zdrowia w marynarce wojennej (c. d.). — E. Wertheim: Sprzęt transportowy w zastosowaniu do ewakuacji rannych i zagazowanych (dok.). — M. Montrym-Żakowicz: Statystyka strat od broni chemicznej w czasie wojny światowej (c. d.). — A. Malinowski: Przypadek guza mózgu w kącie mostowo-móżdżkowym. — A. Fiumel: O nadciśnieniu krwi samoistnem (streszcz. zbiorowe).

Therapia nova, rok IV, nr. 3, za marzec 1932: St. Girszberg: Zagadnienie kiły w poradniach przedślubnych. — M. Mystkowski: O gospodarce wapniowej ustroju.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lekařů Českých.

Z. 40. — 1931.

Vančura: *O moczopędnem działaniu salyrganu.* Działanie moczopędne salyrganu warunkowane jest złożonym wpływem tego przetworu rtęciowego na krążenie wody w ustroju. Salyrgan oddziaływuje bądź bezpośrednio na nerki, bądź na tkankę i układ żyły wrotnej. Drażni nerki, zwłaszcza kanaliki, ponieważ przeważnie się tą drogą wydziela. Salyrgan zawdzięcza swój wpływ moczopędny głównie mobilizacji wody tkankowej: u zdrowych wody rezerwowej, u chorych obrzęków. Wpływ salyrganu na tkanki wykazuje autor porównując doświadczalnie hydremję i chloremję krwi żylnej i tętniczej obrzękłych kończyn w okresie największej diurezy. Zauważył, że po zastrzyku salyrganu zwiększa się *hydraemia* i *chloraemia* we krwi żylnej w przeciwieństwie do krwi tętniczej w obrzękłej kończynie, okoliczność, która przemawia za przechodzeniem słonej wody z obrzęków do krwi. W ten sposób salyrgan mobilizuje wodę z obrzęków.

Dalsze ważne działanie salyrganu polega na wywołaniu zmian w krążeniu wody w „układzie wrotnym". Salyrgan ulepsza przepływ krwi we wątrobie, zwłaszcza gdy ciśnienie krwi jest w krążeniu wrotnem do tej miary wzmożone, że powstaje puchlina. W niektórych przypadkach marskości wątroby można zauważyć po dłuższem leczeniu salyrganem, że puchlina przestaje wzrastać a nawet już powstała puchlina się wchłania.

Autor potwierdza w zupełności korzystne działanie salyrganu w przypadkach obrzęków sercowo-nerkowych, obrzęków sercowych (stan charłactwa tworzy przeciwwskazanie), obrzęków nerkowych oraz w przypadkach puchliny z nadciśnieniem w krążeniu wrotnem, przez wpływ na tkankę i częściowo na wątrobę. Bezpośrednie działanie na nerki posiada wartość drugorzędną.

Z. 41.

F. Vanýšek: *O możliwości wstrzymania wzrostu raka przez ograniczenie złośliwego nowotworu tkanką włóknistą. — Ograniczenie ekspanzywnego wzrostu i następujących przerzutów.* Jedną z przyczyn złośliwości i ważnym czynnikiem w szerzeniu się raka w ustroju ludzkim jest mechaniczna i humoralna słabość mezenchymu, który tworzy tkankę łączną i współdziała w budowie narządów krwiotwórczych (wątroby, śledziony i. u. s. ś.), ścian naczyń oraz daje początek i komórkowym elementom krwi.

Dzisiaj zagadnienie leczenia raka zaczyna się opierać na wzmożeniu czynności mezenchymu i jego regeneracji. Wiadomem jest, że emanacja radu zwiększa żywotność żywej tkanki. Okoliczność ta skłoniła autora do leczenia raka zastrzykami emanacji radu. Używał tej metody w szeregu przypadków z zadawalniającym wynikiem. Wywołuje ona wzmożoną produkcję tkanki mezenchymalnej, która wrasta niekiedy i pomiędzy wytworzone już komórki rakowe, bądź zatrzymując miejscowy ich wzrost, bądź zapobiegając powstawaniu przerzutów.

Autor radzi stosować zapobiegawczo emanację radu przynajmniej w stanach, prowadzących z powodu ciągłego drażnienia tkanki do powstawania raka.

Dr. Ungar (Lwów).

Bratislavské Lekárske Listy.

Zeszyt 1. — 1932. (Styczeń).

Špringlova i Janota: *O echografji.* Autorzy opisują przypadek echografji u 27-letniego mężczyzny, który po uderzeniu się w głowę doznał wstrząsu mózgu z prawdopodobnem uszkodzeniem w okolicy ośrodka Broci lub Wernickego. Początkowo wystąpiła u chorego zupełna afazja motoryczna, i częściowa sensoryczna, chory nie rozumiał, co czytał. Do echografji doszło w prze-

biegu niemoty (afazji), gdy na pierwszy plan wysunęło się uszkodzenie artykulacji słowa (Broca) lub *amerisio* (Heveroch), gdy niemota sensoryczna była tylko zaznaczoną, jednak rozumienie czytanego było jeszcze trudne. Uszkodzenia alektyczne były t. zw. charakteru transkortykalnego. Samorzutne pisanie było niemożliwe, natomiast odpisywał z łatwością. Chory odpisywał nietylko pytania, lecz i rozkazy. Odpisywał pytania w języku niemieckim i czeskim.

Echografja należy do schorzeń transkortykalnych. Posiada charakter warunkowego odruchu, który powstaje z powodu braku hamującego wpływu wyższych czynności. Momentem wywołującym to schorzenie jest bądź bodziec wzrokowy (echografja optyczna), bądź słuchowy (echografja akustyczna). Autorzy są zdania, że lwią część w powstawaniu echografji posiada utrata hamującej czynności rozumienia czytanego. Przyznają jednak, że znaczenie posiada tu i uszkodzenie mowy i uszkodzenie samorzutnego pisania. Z powodu blokady ekspresywnych możliwości, powstałej z powodu tych uszkodzeń, dążenie do ekspresji objawia się w automatyźmie pisania. Ten automatyzm może według spostrzeżeń autorów, w pewnych okolicznościach wyrazić się w napisaniu swego nazwiska, ponieważ ma tu miejsce jeszcze prawdopodobnie utrzymanie pewnej czynności. Okoliczność, że chory odpisywał i rozkazy, które szybko wykonywał, jeśli były wypowiedziane, mogą służyć jako dowód dla poglądu, że w patogenezie echografji przeważna część przypada uszkodzeniu rozumienia czytanego a nie uszkodzeniu mowy, uszkodzeniu samorzutnego pisania i rozumienia mówionego. Niemniej jednak zgadzają się autorzy, że uszkodzenie mowy i samorzutnego pisania stworzyły pewną blokadę również dla zwykłej motorycznej czynności. Autorzy wskazują dalej, że w przypadku opisanym, echografja powstała w okresie pewnego wyczerpania, gdy chory przez natężające usiłowania, by zrozumieć napisane pytanie lub rozkaz i je w jakiś sposób wyrazić, do pewnego stopnia osłabł.

Echografja jest pewnego rodzaju kompromisowem rozwiązaniem położenia przez rezygnację po daremnem usiłowaniu całkowitego rozwiązania. Echografja jest nieznacznem uszkodzeniem czynności, z reguły objawem przejściowym w przebiegu afazji, uszkodzeniem, którego nie można dokładnie „umiejscowić" i zdaje się, że nigdy to nie będzie możliwe. Z dotychczasowych spostrzeżeń można tylko tyle powiedzieć, że powstaje przy uszkodzeniach ośrodka Broci lub Wernickego względnie obu i że nie występuje w niepowikłanych schorzeniach alektycznych i agraficznych po uszkodzeniu płatu ciemieniowego i potylicznego.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 1. — 1932.

C. Lian i B. Calcena: *Zmiany elektrokardjograficzne w ostrym gośćcu stawowym.* Autorowie przeprowadzili badania elektrokardjograficzne u 28 chorych w czasie napadu ostrego gośćca stawowego. Stwierdzili przedłużenie fazy PR (między presystole a początkiem systole) w 67%, obok tego często inne zmiany w krzywej elektrokardjograficznej. Podobne badania, przeprowadzone u wielu chorych gośćcowych po ustąpieniu ostrych napadów z zaburzeniami sercowemi, wykazują, że przedłużenie fazy PR utrzymuje się jeszcze w dość dużej odsetce.

A. Komis: *Przygotowanie sfermentowanej tuberkuliny i jej stosowanie.* Autor podaje sposób przygotowania takiej tuberkuliny. Polega on na tem, że do nieco zmodyfikowanego płynu Hansena Nr. 2 dodaje się równą ilość tuberkuliny rozc. płynem fizjologicznym (1:20), a po wyjałowieniu poddaje się go fermentacji drożdżowej, poczem sączy się przez świece Chamberlanda. Taka tuberkulina może być stosowana w celach leczniczych, a w porównaniu do oryginalnej jest ona znacznie mniej trująca. Autor podaje dawkowanie, sposób przeprowadzania takiego leczenia i zaznacza, że tylko w rękach specjalisty metoda ta daje dobre wyniki.

Nr. 2. — 1932.

Ch. Laubry i E. Doumer: *Ortostatyczne niedociśnienie krwi.* Autorowie na podstawie kilku obserwacyj, zebranych w ciągu kilku lat, opisują zespół objawów, towarzyszących spadkowi ciśnienia krwi, który występuje przy zmianie pozycji leżącej na stojącą lub siedzącą. Spadek ciśnienia w obserwowanych przypadkach wynosił przeszło 40 mm Hg, towarzyszyły mu objawy jak zawroty, zamroczenie, zapady. Patogeneza takiego zespołu objawów nie jest znana, autorowie przyjmują, że niedociśnienie ortostatyczne wywołuje niedokrwienie mózgu, a spadek ciśnienia spowodowany jest zaburzeniem w regulacji ciśnienia ze strony tętnicy głównej lub *sinus caroticus.*

A. Salmon: *Czy istnieje wegetatywny ośrodek sprowadzający padaczkę?* Autor zastanawia się nad etjologią napadów padaczkowych, sądzi, że dotychczasowe teorje o korowem pochodzeniu skurczów epileptycznych są niewystarczające i bardzo obszernie omawia dane z zakresu patologji, głównie doświadczalnej, które przemawiają za tem, że w śródmóżdżu obok innych ośrodków wegetatywnych znajduje się również ośrodek wywołujący drgawki.

Skowroński (Lwów).

Gynécologie et Obstétrique.

T. 24. Z. 3 .r '.1931.

A. Couvelaire (Paryż): *Leczenie krwotoków w połogu.* Referat autora opiera się na doświadczeniach własnych oraz na statystykach zakładów francuskich. Przypadki krwawień spowodowanych przez wtórne zakażenie obrażeń dróg porodowych oraz przez guzy nie zostały włączone do materjału. Autor rozróżnia cztery grupy krwotoków:

1. Krwawienia poprzedzone lub nie wzniesieniem ciepłoty ciała, spowodowane przez kawałek łożyska wyczuwalnego przy badaniu w szyjce macicy. W tych przypadkach należy delikatnie usunąć pozostałą cząstkę łożyska palcem nie wchodząc do jamy macicy.

2. Krwawienia nie poprzedzone wzniesieniem ciepłoty ciała i nie spowodowane obecnością resztek łożyska pozostałych w macicy. W takich przypadkach należy po wykluczeniu chorób serca, układu krwiotwórczego oraz urazu macicy przyjąć stan niezupełnie słusznie zwany *endometritis haemorrhagica.* Leczenie polegać będzie na zastosowaniu środków farmakologicznych, okładów z lodu, i gorących przestrzykiwań. Jamy macicy pod żadnym warunkiem rewidować nie wolno.

3. Krwawienie nie spowodowane obecnością resztek łożyskowych a będące pierwszym objawem postaci krwotocznej zakażenia połogowego. Co do postępowania w tych przypadkach istnieje rozbieżność zapatrywań. Jedni badają dokładnie jamę macicy, usuwają resztki łożyska i przystępują do całkowitego wycięcia macicy, jeżeli zakażenie rozwija się dalej lub, jeżeli podczas zabiegu nastąpiło przebicie macicy. Drudzy operują radykalnie natychmiast po stwierdzeniu resztek łożyskowych nie usuwając ich uprzednio. Jeżeli jama macicy była wolna, wykonują wyłuszczenie jedynie wtenczas, gdy zakażenie postępuje w dalszym ciągu. Inni znów i do ich stanowiska przyłącza się Couvelaire odrzucają badanie wnętrza ciała macicy, leczą konserwatywnie i wykonują usunięcie macicy wówczas, gdy krwawienia się powtarzają i sprawa chorobowa dalej się rozwija.

4. Krwawienia występujące jako powikłania stanów zapalnych macicy, przymacicz, przydatków lub żył. W tych przypadkach jedynie racjonalne będzie leczenie zachowawcze.

Osobiście jest autor rzecznikiem postępowania zachowawczego i kładzie wielką wagę na zapobieganie krwawieniom przez umiejętne przeprowadzenie porodu, zwłaszcza trzeciego okresu porodowego.

Hamant — König: *Środki profilaktyczne prowadzące do wczesnego rozpoznania raka szyi macicy.* Dane statystyczne wykazują, że 50% kobiet chorych na raka szyjki macicy zgłasza się u lekarza w takim stanie, że o zabiegu operacyjnym myśleć już nie można, a leczenie energją promieniotwórczą tylko w drobnej ilości przypadków dać może wyleczenie. Winę tego późnego zgłaszania się do lekarza ponoszą w pierwszym względzie same chore. Powodem będą nieświadomość, niesumienna reklama środków szarlatańskich, brak bólu, strach, wstyd oraz brak środków pieniężnych. Winni są także i lekarze niedoceniając ważności dokładnego badania. Wreszcie ponoszą za to odpowiedzialność i akuszerki, które często zajmują się niedozwolonem leczeniem. Zaradzić temu można wykształcając lekarzy we wczesnem rozpoznaniu sprawy chorobowej, zwracając przytem szczególnie uwagę na dokładne badanie, pobranie skrawka w każdym wątpliwym przypadku i odrzuceniu leczenia objawowego. Akuszerkom należy zakazać zajmowania się leczeniem a aptekarzom zwrócić uwagę na szkodliwość środków podawanych przez znachorów. Ważną rolę odgrywać mogą periodyczne badania, umożliwione dzięki działalności instytucyj społecznych jak ubezpieczenia, kasy chorych i tp. Dalszym czynnikiem będzie opieka nad rodzącą i roniącą, dokładne leczenie zapaleń macicy (ewentualnie nawet obcięcie szyjki), dalej higjena ogólna i miejscowa. Organizacja walki z rakiem powinna polegać na utworzeniu ośrodków przeciwrakowych należycie wyposażonych, będących w łączności z kliniką ginekologiczną i chirurgiczną. Ośrodkowi takiemu powinien podlegać cały szereg przychodni. Tak zorganizowaną pomoc lekarską należy

uzupełnić przez uświadamianie społeczeństwa. Wykłady, odczyty, broszury, afisze a nawet kinematograf i radjo powinny być użyte do walki z szarlatanizmem, reklamą nieuczciwą a niebezpieczną i ignorancją publiczności.

Andérodias i Péry: *Krwotoki w czasie połogu*. (Powstawanie, przebieg i rokowanie). Referat zbiorowy obejmujący statystyki zakładów francuskich i obcych uwzględnia w szerokim zakresie badania bakterjologiczne i drobnowidowe, zawiera cały szereg tablic statystycznych. Nie nadaje się do zreferowania.

Zbigniew Rychłowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z VI. posiedzenia naukowego dnia 26 lutego 1932 r.

Przewodn.: kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Mackiewiczówna przedstawiła *przypadek sztucznej odmy piersiowej*, założonej z powodu jednostronnej gruźlicy płuc z jamą wielkości mandarynki, u dwudziestokilkoletniej kobiety *w ciąży*. Nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotową, która pozwoliła na donoszenie ciąży i poród zdrowego dziecka. Połóg przebiegał prawidłowo. Obecnie, kilka miesięcy po porodzie, chora ma się dobrze. Z powyższego przypadku kol. M. wnioskuje, że ciąża nie jest przeciwwskazaniem do leczenia gruźlicy płuc odmą, przeciwnie, w każdym przypadku ciąży z równoczesną gruźlicą płuc, nadającą się do leczenia odmą, należy leczenie odmą zastosować.

W dyskusji: Kol. Hornung St. przytacza w krótkim zarysie 4 historje choroby kobiet, leczonych odmą piersiową w czasie ciąży i połogu. Chore te obserwowane w klinice chorób wewnętrznych i w przychodni przeciwgruźliczej przy Klinice dzięki zastosowanemu leczeniu, nie wykazywały pogorszenia sprawy gruźliczej w płucach, które tak często występuje w okresie przed-, a zwłaszcza poporodowym. Według zdania Roloffa powinno się leczyć odmą piersiową każdy przypadek gruźlicy płuc w okresie ciąży. Dopiero wtedy, gdy okaże się, że odma piersiowa nie daje oczekiwanej poprawy, można brać pod rozwagę przerwanie ciąży. (Streszcz. własne).

3) Kol. Stanisław Liebhart wygłasza referat p. t. *„O konstytucji płciowej kobiet"*. Prelegent na wstępie podkreśla, że myślą przewodnią wykładu jest chęć unowocześnienia poglądów i metod badania odnośnie do konstytucji kobiet z punktu widzenia ginekologa i endokrynologa. Dlatego też jako podstawę wszystkich dociekań, jako też późniejszego podziału na typy konstytucjonalne uważa stan narządu rodnego jako też stan i wzajemny stosunek gruczołów wkrewnych do siebie, czyli t. zw. formułę inkretologiczną. Mówca zwalcza determinizm Tandlera, który twierdzi, że konstytucja danego człowieka jest definitywnie przesądzona w chwili połączenia się chromozomów, a więc w chwili zapłodnienia. Uważa natomiast, że konstytucja kobiety jest do pewnego stopnia rzeczą zmienną, nawet w stosunkowo krótkim czasie. Na podstawie własnego schematu rozpatruje prelegent kobiety pod względem konstytucjonalnym i szereguje w sześć typów. Żaden jednak z tych typów nie występuje nigdy w czystej idealnej postaci. Między poszczególnemi typami istnieje niemal tyle przejść, kombinacyj i odcieni, ile jest ludzi. Rozstrzyga przy ocenie konstytucji przewaga pewnych cech u danego osobnika. Stąd pochodzi pojęcie mieszanych typów konstytucjonalnych, które w każdej klasyfikacji i w każdym systemie muszą mieć miejsce. Winniśmy jednak pamiętać, że podział na grupy konstytucjonalne nie ma być schematem w szufladki poukładanych papierowych tworów, lecz ma służyć nowoczesnej medycynie tak w unikaniu pewnych chorób, czy też powikłań ze strony obserwowanego organizmu jak i w rozpoznaniu, stawianiu rokowania a nawet leczeniu. Te właśnie cztery zadania są naczelnem zagadnieniem neokonstytucjonalizmu: od teorji i teoretycznych rozważań do praktycznego zastosowania i pożytecznego wyzyskania teoretycznych przesłanek. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Ziemilski prosi prelegenta o bliższe wypowiedzenie się w sprawie zmiany konstytucji, czy prelegent uważa ciążę w przytoczonym przykładzie za czynnik decydujący czy wywołujący zmianę konstytucji.

Kol. Wiczyński zajmował się dawniej konstytucją, badając w latach 1918 i 1919, za zachętą prof. K. Orzechowskiego, stan narządów rodnych kobiecych u chorych oddziału neurologicznego państw. szpitala we Lwowie. Badania te miały zarazem na celu określenie stanu narządów rodnych kobiecych w stosunku do czterech typów konstytucjonalnych opartych wyłącznie na cechach morfologicznych wedle Sigauda, Chailou i Mc. Auliffa, które to badania wprowadził w Polsce na szeroką skalę profesor Orzechowski. Stosunek wzajemny obu tych pojęć konstytucjonalnych określili wówczas O. i W. u chorych na stwardnienie rozsiane i — głównie — zmiękknienie kości.

W. podkreśla właściwszą nazwę „Konstytucja narządów rodnych" od użytej przez prelegenta nazwy „Konstytucja płciowa", gdyż — jak słusznie podniósł Rosner, właściwy twórca nauki o konstytucji narządów rodnych kobiecych, przez konstytucję płciową rozumieli neurolodzy raczej konstytucję erotyczną. W. stoi na stanowisku podziału Rosnera na 3 typy konstytucji narządów rodnych: silna, przeciętna i słaba — określanie przez zestawienie cech morfologicznych, czynnościowych i ewolucyjnych. Niespożytą zasługą Rosnera pozostanie rozdział cech fizjologicznych na czynnościowe i ewolucyjne a następnie zwrócenie uwagi na odmienne zachowanie się menstruacji w rożmaitych chorobach (otyłość, gruźlica, cukrzyca i t. d.) i podczas laktacji — w powyższych trzech typach Rosnera, co jest odpowiednikiem zachowania się innych narządów przy obciążeniu funkcjonalnem dla celów klinicznej oceny ich sprawności.

Zapytuje prelegenta, jak ustosunkowuje się do podziału Rosnera: czy chodzi mu o rozszerzenie i pogłębienie nauki Rosnerowskiej o konstytucji narządów rodnych kobiecych, czy też o ogólną konstytucję kobiety — ze stanowiska ginekologa? Takie podejście do zagadnienia wydaje się W. niezupełnie ścisłe, gdyż z natury rzeczy inaczej określi ogólną konstytucję u tej samej kobiety internista — określając ją ze stanowiska internisty, jak to wykazuje zestawienie badań prelegenta z badaniami Sochańskiego. W. przypomina, że Rosner starając się oznaczyć stosunek konstytucji narządów rodnych kobiecych do stanów ogólno-konstytucjonalnych, jak stan limfatyczno-grasicowy, infantylny, asteniczny, hipoplastyczny i t. d. wyraźnie zastrzega się, że często musiał zasięgać porady internisty.

Jest więc W. zdania, że należy kontynuować badania konstytucji narządów rodnych kobiecych, gdyż już do tej pory dały one znaczne korzyści ginekologowi w ocenie prognozy a nawet diagnozy, lecz głównie w leczeniu. Mimo pewnych trudności — tam gdzie trzeba — należy badania te uzupełniać ze stanowiska internisty, czy też neurologa. W ten sposób badania nad konstytucją będą stanowiły całość. W konsekwencji — odnośnie do narządów rodnych — należy się trzymać podziału Rosnera.

Co do rozdziału kryterjów na 8 grup, jak to proponuje prelegent, ma W. pewne zastrzeżenia, gdyż np. cechy morfologiczne rozbite są zbędnie aż na 5 grup, podczas gdy cechy czynnościowe są potraktowane zbyt ogólnie i nie zostały z nich wyłączone cechy ewolucyjne, co jest niewątpliwą zaletą badań Rosnera. Natomiast za dodatnią cechę badań prelegenta uważa W. uwzględnienie t. zw. formuły endokrynologicznej. Określenie tej ostatniej w stosunku do trzech typów Rosnerowskich, wzgl. odwrotnie — uważałby W. za rozszerzenie i pogłębienie nauki Rosnera. (Streszczenie własne).

Kol. H. Sochański zapytuje prelegenta, czy nie zauważył różnic w ilości limfocytów we krwi u kobiet piknicznych i interseksualnych. S. spostrzegał, badając, jako internista, osoby, odpowiadające somatycznie tym typom, że limfocytoza, rzadko spotykana u pikniczek, była omal stałym objawem u przedstawicielek typu interseksualnego. Uważa to zjawisko za wskaźnik ważności limfocytozy, jako sygnału szczególnego antropologicznego zespolenia, warunkującego powstanie osób interseksualnych o wyraźnem tarczycowem podbarwieniu. (Streszczenie własne).

Kol. Sieradzki podnosi, że konstytucja jest tematem modnym, lecz śliskim. Zapatrywanie na K. zależy od podejścia do tej sprawy. Badania nad konstytucją muszą się połączyć z genetyką i antropologią, muszą obejmować duże cyfry, wtedy będzie można sprawę konstytucji należycie ująć. Dotychczasowe prace stanowią dopiero materjał do ujęcia.

Kol. Liebhart w *odpowiedzi* na szereg pytań i interpelacyj postawionych w dyskusji odpowiada, co następuje:

W związku z zapytaniem kol. Ziemilskiego zaznacza prelegent, iż w danym wypadku nie chodzi mu o wykazanie działania takich czy innych wpływów, gdyż byłaby to tylko gra słów, lecz tylko o wykazanie na przykładzie, jak bardzo i zasadniczo może zmienić się kobieta w krótkim stosunkowo czasie, dając w rezultacie zupełnie zmienny typ konstytucjonalny.

W odpowiedzi kol. doc. Wiczyńskiemu zaznacza, że pomimo całego podziwu dla kapitalnej w swoim czasie pracy prof. Rosnera o konstytucji nie mógł wziąć jej za podstawę swoich rozważań ze względów zasadniczych. Prof. Rosner uwzględnił

bowiem prawie wyłącznie konstytucję narządu rodnego, nie poruszając prawie zupełnie kompleksu zagadnień związanych z systemem gruczołów wkrewnych, co jest znowu — zdaniem referenta — zasadniczą rzeczą dla konstytucji kobiety.

Odnośnie do pytania Kol. Doc. S o c h a ń s k i e g o wyjaśnia, że istotnie stwierdził niejednokrotnie charakterystyczny obraz krwi dla pewnych grup konstytucjonalnych, specjalnie często daje się wykazać limfocytoza, a nawet eozynofilja u interseksualnych. W związku z przemówieniem Rekt. S i e r a d z k i e g o przyznaje, że ugrupowanie i klasyfikacja poszczególnych typów konstytucjonalnych zależy istotnie od podejścia do tematu i jest rzeczą jeszcze ciągle płynną. Uważa jednak, że takie właśnie podejście do zagadnień konstytucjonalnych, jakie obrał w wygłoszonym wykładzie, w obecnej chwili jest najbardziej nowoczesne. (Streszczenie własne).

4) Kol. E l m e r Wł. wygłosił wykład p. t.: *Schorzenia stawowe na tle niedomogi tarczycy.* Prelegent omówił w zarysie diagnostykę różniczkową schorzeń stawowych na tle zaburzeń w przemianie materji, które dadzą się łatwo na podstawie badań laboratoryjnych wyodrębnić z pośród przewlekłych schorzeń stawowych. Trudniej wyróżnić schorzenia stawowe na tle zaburzeń w wydzielaniu gruczołów wkrewnych, specjalnie na tle niedomogi tarczycy z pośród innych. Uwzględniwszy zachowanie się przemiany podstawowej i poziomu jodu we krwi, — można schorzenia stawowe na tle niedomogi tarczycy rozpoznać i skutecznie leczyć. Z pośród 4 własnych przypadków przytacza preleg. w skróceniu 2 historje choroby schorzenia stawów na tle niedomogi tarczycy, wyleczonych przez podanie preparatów tarczycy.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

W s p ó l n e p o s i e d z e n i e z dnia 5 lutego 1932 r.

Przewodniczący: Prof. S. B o r o w i e c k i.

1) Prof. L. S k u b i s z e w s k i przedstawia: a) *Przypadek gruczolako-raka okrężnicy wstępującej u 74-letniego mężczyzny.* Raki jelit grubych, wyłączając odbytnicę, spotykamy dosyć rzadko. Na ogólną liczbę 1200 raków, zebranych w przeciągu 16 lat, jelita grube były zajęte w 102 przypadkach. Jeżeli chodzi teraz o poszczególne odcinki jelita grubego, to sprawa w liczbach przedstawia się następująco:

Kątnica 18 przypadków. Okrężnica wstępująca 6 przyp. Zgięcie wątrobowe 7 przyp. Okrężnica poprzeczna 12 przyp. Zgięcie śledzionowe 6 przyp. Okrężnica zstępująca 2 przyp. Okrężnica esowata 51 przyp. Razem 102 przypadki.

Przedstawiony przypadek dotyczy 74-letniego mężczyzny, który ostatnio był operowany z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego. Prócz tego w okrężnicy wstępującej widać okrężnie rozłożony rozrost kalafjorowaty na przestrzeni 9,5 cm. Gruczoły chłonne krezki nie są powiększone. Badanie mikroskopowe wykazuje, iż chodzi tutaj o utkanie gruczołowe w postaci długich cewek, wywarstwionych komórkami walcowatemi. Komórki te wykazują zmiany śluzowe. W gruczołach chłonnych w okolicy kątnicy nie dało się wykryć ognisk rakowatych. Przerzutów do narządów nie było. (Streszczenie własne).

b) *Przypadek przetoki przełykowo-oskrzelowej na tle raka przełyku.* Wśród nowotworów wogóle, a złośliwych w szczególności, raki przełyku zajmują pierwsze miejsce. W klinice wszystkie nowotwory złośliwe są rozpoznawane jako raki, albowiem mięsak jest rozpoznawany zazwyczaj, jak podaje R h e n, dopiero podczas sekcji. Z ogólnej liczby 1200 przypadków raków, zebranych w przeciągu 16 lat, na przełyk przypada 114 przypadków, z których to na płeć męską przypada 104 przypadki, na płeć żeńską 10 przypadków.

Przedstawiony przypadek dotyczy 58-letniego mężczyzny. W przełyku na wysokości lewego oskrzela znajduje się półmiseczkowate owrzodzenie, którego podłużny wymiar wynosi 5 cm, poprzeczny 2,5 cm. Brzegi owrzodzenia lekko wzniesione wałowato. W części środkowej owrzodzenia widać otwór, który idzie przez całą grubość ściany przełyku i przez ścianę lewego oskrzela. Brzegi otworu są obramowane tkanką rakowatą. Badanie mikroskopowe wykazało, iż chodzi tutaj o raka płaskokomórkowego nierogowaciejącego. Śmierć nastąpiła wskutek ogólnego wyniszczenia z wybitnemi zmianami zanikowemi dróg pokarmowych. W gruczole chłonnym wielkości ziarnka pieprzu, przylegającym do ściany rakowato zmienionego przełyku udało się stwierdzić kilka komórek rakowych. Poza tem brak było przerzutów. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Karwowski, Dr. Bochyński i Prof. Skubiszewski.

2) Dr. K o n k o l e w s k i przedstawia: a) *Przebicie zserowaciałych gruczołów chłonnych do przełyku i do oskrzela.* Powikłanie to spotyka się przeważnie w wieku dziecięcym, u dorosłych natomiast należy do wyjątkowych rzadkości, zwłaszcza o ile chodzi o równoczesne przebicie do światła przełyku i do oskrzeli. S t e r n b e r g widział podobne przypadki tylko dwukrotnie na przeszło 6000 sekcyj. Przedstawiony przypadek dotyczy mężczyzny 24-letniego, zmarłego z objawami rozsianej gruźlicy. Przedziurawienie przełyku nastąpiło w dwóch miejscach, nieco poniżej rozdwojenia tchawicy w następstwie gruźlicy gruczołów chłonnych, która przeszła także na prawe oskrzele główne, wyżerając w jego ścianie martwicze masy zserowaciałych gruczołów chłonnych.

b) *Przypadek oskrzela tchawiczego wraz z oddzielnym płatem płuca prawego.* Nie chodzi tu o nadliczbowe, dodatkowe oskrzele, lecz o prawe oskrzele szczytowe (nadtętnicze) o niezwykłem umiejscowieniu w tchawicy. Tchawica wykazuje tuż nad rozdwojeniem krótkie, dość grube oskrzele, odchodzące do prawego płuca, którego szczyt wyodrębniony jest w oddzielny płat. Wyodrębnienie prawego szczytu w oddzielny płat stoi niewątpliwie w związku z obecnością opisanego oskrzela tchawiczego, odpowiadające prawemu oskrzelu szczytowemu, które n. p. u ssaków odchodzi prawie zawsze z tchawicy.

c) *Torbiel opony miękkiej.* Przedstawiony przypadek dotyczy mężczyzny 67-letniego, zmarłego w następstwie ogniska rozmiękczynowego mózgu, u którego podczas sekcji stwierdzono poza tem w okolicy lewego płatu czołowego wśród opony miękkiej duży twór torbielowaty o ścianach gładkich, słabo przejrzystych, wypełnionych cieczą przeźroczystą, surowiczą. Ściana torbieli wykazuje w obrazie mikroskopowym wśród utkania włóknistej tkanki łącznej rozległe złogi brunatnego barwika krwiopochodnego po wewnętrznej ścianie torbieli, co przemawia za tem, że chodzi w tym przypadku o torbiel pochodzenia krwotocznego. Wśród drobnych naczyń mózgowych stwierdzono tętniaczki ze zmianami wybitnej miażdżycy.

d) *Mnogie uchyłki żołądka i jelita grubego.* Mnogie uchyłki najczęściej występują w jelicie grubem a w szczególności w esicy oraz w odbytnicy. Uchyłki żołądka natomiast są niezmiernie rzadkie. Sternberg zebrał z literatury 4 przypadki uchyłków żołądka, na podstawie których jednak rozstrzygnąć nie można, czy chodzi o twory nabyte, czy wrodzone; nie jest bowiem jeszcze sprawą rozstrzygniętą czy uchyłki licznie występujące w przewodzie pokarmowym mają charakter wady rozwojowej, czy też charakter nabyty. Przeważa jednak zdanie, że w większości przypadków są one nabyte. Przedstawiony przypadek dotyczy mężczyzny 17-letniego, zmarłego z powodu gruźlicy płuc z objawami znacznego wyniszczenia. Uchyłki te (razem było 17, z tego 2 w żołądku) przedstawiają się jako workowate wypuklenie światła, wielkości orzecha laskowego i mniejsze, wykazujące w obrazie mikroskopowym wszystkie trzy warstwy ściany.

e) *Przypadek wągrów opon miękkich oraz prawej komory mózgowej.* U kobiety 41-letniej, zmarłej z objawami drgawek występujących napadowo stwierdzono podczas sekcji w okolicy podstawy mózgu oraz prawej komorze mózgowej nieregularnie rozgałęziające się pęcherzyki w kształcie gron, wielkości grochu polnego oraz mniejsze, wypełnione przeźroczystym płynem. Pęcherzyki te przedstawiają postać rozwojową tasiemca samotnego, którego wągry rozsiane zostały drogą naczyń krwionośnych do mózgu i opon mózgowych. Jak niezmiernie rzadko występują obecnie wągry u człowieka wskazują na to spostrzeżenia Ortha, który wągry mózgu zauważył w stosunku 1 na 1600 sekcyj.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Zeyland, Dr. Stawarz, Prof. Skubiszewski i Dr. Markiewicz.

3) Dr. Z e y l a n d przedstawia: a) *Przypadek zmian włóknistych w mięśniu sercowym wraz z włóknistością wsierdzia* u dziecka 17 miesięcznego w następstwie błonicy. Dziecko przyjęto na oddział Kliniki Chorób Dziecięcych z powodu hipotrofji, niedokrewności i krzywicy. Po trzech tygodniach nagle zejście śmiertelne wśród objawów sinicy, zadyszki i niepokoju. Rentgenogram wykazał znaczne powiększenie serca. Badanie serologiczne krwi dziecka i matki na kiłę dało wyniki ujemne.

Badanie pośmiertne wykonane 1 godzinę po śmierci, wykazało: *Fibrosis myocardii. Sclerosis diffusa endocardii ventriculi sin. Dilatatio ventriculorum et atriorum cordis. Hydrothorax sin. gr. lev. Hypostasis pulmonis sin. Oedema et hypostasis pulm. dextri. Venostasis renum et hepatis.*

Mięsień sercowy wykazał bardzo skąpe blizenki ścięgniste, a wsierdzie lewej komory przedstawiało się jako biała nieprzeźroczysta błona.

Mikroskopowo blizny mięśnia sercowego mają kształt gwiaździsty, wykazują bardzo drobne naczynia krwionośne i nie mają śladu nacieczeń komórkowych.

Dla rozpoznania różniczkowego wchodzą w rachubę: kiła, gościec i procesy o charakterze t. zw. *myolysis*, głównie na tle błonicy. Przeciw kile przemawiają wyniki badań serologicznych i zespół badania mikroskopowego wszystkich narządów, przeciw gośćcowi wiek dziecka i charakter blizny (unaczynienie). Ref. przypuszcza, że zmiany mięśniowe są *zejściem zmian błoniczych*, tem bardziej, że dodatkowo zebrane informacje u matki dziecka dowodzą, że dziecko w 8 miesiącu życia przechodziło jakąś chorobę gardła z „białemi plamkami" na migdałkach i zmianą głosu. Od tej choroby dziecko miewało często napady duszności i niepokoju. W końcu ref. omawia odnośne piśmiennictwo (Hübschmann, Fischer B., Jores, Becker).

W świetle poglądów wszystkich autorów, którzy się tem zagadnieniem zajmowali należy włóknistość wsierdzia ocenić jako skutek działania mechanicznego rozszerzenia serca.

b) *Przypadek t. zw. bronchoma świnki morskiej.* Twór ten zajmuje jako biała, zbita, dość wyraźnie ograniczona masa oba dolne płaty prawego płuca, i to całkowicie płat dolny przyśrodkowy i większą część płatu dolnego bocznego. Mikroskopowo stwierdza się ogniska różnej wielkości, składające się z cewek gruczołowych wysłanych nabłonkiem wałeczkowym lub sześciennym, przypominającym kształtem oskrzeliki. Ogniska gruczołowe są poprzegradzane tkanką łączną albo uciśnionym miąższem płucnym, przyczem dają się zauważyć przejścia tkanki prawidłowej płuc w ową tkankę gruczołową. Wyjątkowo spostrzega się wśród tkanki gruczołowej drobne oskrzela z chrząstką.

Całość przemawia za dysplazją. Ref. omawia skąpe piśmiennictwo tych zmian (Sternberg, Spronck, Kimura, Pagel) i podkreśla niestosunek zachodzący między rzadkością podobnych bronchomatów wzgl. rzekomych gruczolaków a częstością występowania w przebiegu przewlekłych procesów zapalnych płuc zmian odczynowych, znanych pod nazwą atypowego bujania nabłonka płucnego".

c) *Gładkie mięśnie opłucnej świnki morskiej.* Po podkreśleniu znaczenia mięśni gładkich dla życiowej kurczliwości płuc (badania Baltisbergera) i omówieniu budowy mikroskopowej opłucnej (w świetle poglądów autorów) ref. pokazuje preparaty opłucnej różnych świnek morskich, w których są dokładnie widoczne gładkie mięśnie. Cienka warstwa tych mięśni leży tuż pod *limitans elastica superficialis*, która oddziela je od warstwy komórek pokrywających opłucnej. Mięśnie są ułożone w pęczkach po kilka włókien, oplecionych włóknami klejodajnemi i sprężystemi (na wzór kabla).

W dyskusji biorą udział: Prof. Skubiszewski, Dr. Stawarz, Dr. Zeyland.

4) Dr. Jan Alkiewicz przedstawia rzadki przypadek *piaszczaka skóry głowy owłosionej* u 6-cio letniego chłopca. W piśmiennictwie dermatologicznem jest znanych 5 przypadków (Jadassohn, Winkler). Obraz kliniczny przedstawia się w postaci znamienia miękkiego, brodawkowatego, o wielkości małej dłoni i o ubarwieniu żółtawo-popielatem, umiejscowionego obok małego ciemiączka. Histologicznie naskórek, skóra właściwa bez zmian. W tkance podskórnej widać liczne ciała kragłe, zwapniałe, o wyglądzie cebuli na przekroju, otoczone tkanką składającą się prawie wyłącznie z śródbłonków ułożonych wyraźnie współśrodkowo. Część pewna tej tkanki ma wyraźny charakter naczyniowy *(Angioma simpl.)*. Widać różne fazy zwapnienia, począwszy od zacierania się struktury protoplazmy, metachromazji, zgęszczenia jąder *(pycnosis)*, do zupełnego zaniku budowy komórkowej. Obraz mikroskopowy potwierdza rozpoznanie śródbłoniaka, a w szczególności piaszczaka. Przytoczywszy poglądy dawniejszych i nowszych autorów o istocie złogów wapnia wogóle, a w szczególności w piaszczakach i ich sposobie powstania i topografji, ref. porównuje swój przypadek ze znanemi dotychczas pięcioma. Z tych 4 również miały wygląd miękkiego znamienia, były umiejscowione w okolicy małego ciemiączka i istniały od urodzenia. Według Winklera podścieliskiem anatomicznem dla powstania jego piaszczaka była tkanka oponowa, która towarzyszyła nerwowi aż do tkanki podskórnej. Dla tego nabiera znaczenia okoliczność, że wszystkie dalsze przypadki znajdywały się na potylicy. W 2 przypadkach Jadassohn przyznaje, że histologicznie połączenia z ośrodk. ukł. nerw. nie można było stwierdzić. Przypadek przedstawiony nosi wszelkie cechy piaszczaka *(endothelioma psammomatosum)*. Na podkreślenie zasługuje 1) położenie na potylicy, 2) istnienie od urodzenia, 3) charakter znamieniowy. Obraz mikroskopowy nie potwierdza teorji o pochodzeniu oponowem piaszczaka skóry, zato przemawia za powstaniem złogów wapniowych wewnątrz komórek, uległych zmianom w swoim chemizmie. (Streszczenie własne).

W dyskusji biorą udział: Dr. Bochyński, Prof. Skubiszewski).

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *F. Łabendziński.*
Sekretarz Tow. Pat. P. (oddz. pozn.): *J. Zeyland.*

Polskie Towarzystwo Biologiczne. Oddział we Lwowie.

Posiedzenie naukowe odbyte dnia 11. kwietnia 1932 r.

1) Dr. Grzycki Stefan przy tężcu u koni oznaczał wydalanie kreatyniny i zdaje mu się za Lundgardem, że kreatynina może zastępować kwas mlekowy przy pracy mięśni. W toku tężca zauważył u koni we krwi stały poziom kreatyny i wzrost kreatyniny, stały równoległy spadek kwasu mlekowego, spadek soli wapniowych, oraz spadek ZZ. Specjalnie podnosi uzupełniający się wzajemnie związek pomiędzy zachowaniem się kreatyniny i kwasu mlekowego. W *Haemoglobinuria paralitica* u koni spadek kreatyniny w moczu jest prognostycznie dobry, wzrost zaś prognostycznie zły.

2) Dr. Rosenbusch i Toczyski wykazali wpływ wód ze zdroju Krynicy na wydzielanie żółci u zwierząt. Najbardziej czynną okazała się woda ze zdroju „Jan". Szczególnie autorowie podnoszą, że przy zmieszaniu odpowiedniem wód z rozmaitych zdrojów ze Zuberem można uzyskać kumulujące się działanie żółciopędne badanych wód mineralnych.

LISTY DO REDAKCJI.

W sprawie artykułu dr. Rubina (Stanisławów) w Nr. 14. Polskiej Gazety Lekarskiej *).

Pomijając wywody p. dr. Rubina ogłoszone jako odpowiedź dr. Kozaniewiczowi pozwalam sobie jednak zwrócić uwagę, jak nisko niektórzy lekarze cenią etykę lekarską w zakresie stosunku lekarza do chorych, wywołując tem conajmniej... zdziwienie.

P. Dr. Rubin uważa za przeżytek jedną z podstaw etyki lekarskiej: niekupczenie w dosłownem znaczeniu wiedzą i pomocą lekarską — i jest zwolennikiem umawiania się o honorarjum „zgóry". W rozprawie z dr. Kozaniewiczem przedstawia swawolę felczerów i fryzjerów w Stanisławowie, którzy widocznie mają tam niestety większe powodzenie od lekarzy. Porównując honorarja lekarzy i adwokatów, których zdaje się uważa za niższych od lekarzy pod względem etyki i mniej wydających na studja, dochodzi do wniosku, że praktyka adwokacka jest o wiele przyjemniejsza i intratniejsza niż praktyka lekarska. Artykuł p. dr. Rubina kończy się wizją przyszłości (w każdym razie nie różową), wezwaniem do lekarzy, aby przestali być filantropami, a wreszcie p. Dr. Rubin podaje swoje „credo" w pięciu punktach, które mnie jako słuchacza medycyny, a więc zapewne w przyszłości — też lekarza, zastanowiły.

Punkt pierwszy: aby lekarzom było wzbronione wogóle udzielać pomocy lekarskiej bezpłatnie, prócz „faktycznie ubogim", i to tylko w nagłych wypadkach, zagrażających życiu.

Jest to bardzo proste, a więc bardzo genjalne rozwiązanie. Chciałbym się tylko dowiedzieć, jak należy rozumieć ostatnie słowa tego punktu. Ponieważ p. dr. Rubin jest ich autorem, a każdy autor wypowiada swoje osobiste zapatrywania, więc uważać wolno te słowa za osobisty pogląd i życzenie p. dr. Rubina. Aby uzyskać jego poradę, trzeba widać naprzód przedłożyć świadectwo „faktycznego" ubóstwa oraz świadectwo nagłego wypadku zagrażającego życiu (ale czyje? chyba felczera).

„Faktycznie ubogi" nie przedłoży p. dr. Rubinowi świadectwa ubóstwa, bo człowiek faktycznie ubogi jest nieśmiały i najczęściej nawet nie potrafi wystarać się u władzy o takie świadectwo, a w przypadkach nagłych „zagrażających życiu" taki dokument, zanimby go wydobyto, może się okazać... już niepotrzebny.

Punkt drugi: aby lekarze zawsze się umawiali o honorarjum „zgóry". Już Hipokrates wpajał swoim uczniom pewne zasady,

---

*) *Pomieszczając powyższy artykuł, tak dobrze świadczący o atmosferze, w której wzrastają młode pokolenia lekarzy, zdajemy sobie jednak sprawę z tego, że do dyskusji o zagadnieniach zawodowych brak jeszcze autorowi własnego doświadczenia i znajomości terenu.*

Redakcja.

oparte na głębokiej znajomości psychologji człowieka chorego: „Gdy wejdziesz do chorego, nie pytaj naprzód o wynagrodzenie". Za ideał uważa Hipokrates takiego lekarza, który naprzód zdobywa całe zaufanie chorego, potem leczy go w miarę swej wiedzy; cały ten stosunek opiera się w pierwszym rzędzie na miłości bliźniego, a w ostatnim na... sakiewce. A nawet mam wrażenie, że Hipokrates o sakiewce wcale nie wspomina. Takiego lekarza Hipokrates porównywa do Bogów. Naturalnie w pojęciu wieków minionych. Zachodzi pytanie, do jakiego Bożka porównać ideał p. dr. Rubina? Czy *„Geschäftsmediziner"* (p. wykład prof. Wachholza, Nr. 15 Gazety lek.) nie byłby niezłą nazwą takiego ideału? i czy targowania się z ciężko chorym o honorarjum nie określiłby prawnik przypadkiem jako pewnego rodzaju tak zwane „wymuszenie"?

Trzeci punkt p. dr. Rubina mógłby brzmieć w parafrazie: „Nie każdy ubogi jest obdartusem". Naogół ubodzy chorzy rekrutują się z warstw urzędniczych, robotniczych i ludu wiejskiego. Człowiek ubogi nie mający na honorarjum (a nie zabezpieczony w kasie chorych) najczęściej nie pójdzie do lekarza, gdyż jest ambitny. Jest ambitniejszy, niż niejeden lekarz. Są oczywiście wyjątki, do których maksyma p. dr. Rubina: „nie każdy obdartus jest ubogi" może być zastosowana. Są sfery, gdzie wszystko jest oparte na kalkulacji i spekulacji i gdzie wprowadzenie w błąd nie uchodzi za nieetyczne. Ale wyjątek nie obala reguły.

Czwarty punkt: aby lekarze praw swoich do honorarjum dochodzili bezwzględnie i bezwarunkowo, nie cofając się nigdy nawet przed dochodzeniem honorarjum drogą sądową.

Ten punkt jeszcze lepiej oświetla, o co p. dr. Rubinowi właściwie chodzi To jest czysto kupieckie zapatrywanie się na zawód lekarski. Dochodzenie honorarjum drogą sądową? A jeśli jest to ubogi chory, który dla ratowania swego życia złamał to, co według punktów p. dr. Rubina możnaby nazwać „etyką pacjenta"? Powiedział, że zapłaci, umówił się wyraźnie i... nie zapłacił, bo nie ma nawet za co lekarstwa kupić. Cóż wtedy? Czy tego człowieka ma sąd skazać na więzienie? Społeczeństwo nie potępi tego chorego, tylko... kogoś innego.

Punkt piąty: aby lekarze solidarnie zwalczali partactwo felczerów i zrezygnowali z ich usług i faktorstwa.

Zupełnie słusznie, zwłaszcza to drugie. Tylko jestem głęboko przekonany, że samem „zwalczaniem" partactwa przez donoszenie władzom i t. d. nie dojdzie się do celu. Jeżeli partacze istotnie mają gdziekolwiek większe powodzenie od lekarzy (?), to lekarze muszą przedewszystkiem umieć uzyskać zaufanie publiczności i pokonać partactwo nie przez represalja władz, ale przedewszystkiem przez własną głęboką wiedzę i postępowanie, oparte w pierwszym rzędzie na etyce, a nie na pieniądzu.

Wierzę jednak, że punkta *„credo"* p. dr. Rubina na szczęście nie przyjmą się, bo prawdziwa etyka lekarska przecież istnieje i istnieć będzie mimo wszelkich na nią zakusów, a wreszcie ..... choćby obawa przed samoobroną społeczeństwa pohamuje „reformatorów".

Marjan Krzyżanowski, student medycyny (Kraków).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie Naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 26-go kwietnia 1932 r. o godz. 8 wiecz. 1. Landau A. i Kaminer St.: O leczeniu ropnych schorzeń płuc dożylnemi wstrzykiwaniami alkoholu. 2. Higier St.: Znaczenie układu wegetatywnego i jego badania w medycynie praktycznej.

Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych. W dniu 16 kwietnia w sali II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego odbyła się uroczystość zamknięcia dwutygodniowego kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, zorganizowanego przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z kierownikiem poradni wychowania fizycznego przy II klinice uniwersyteckiej chorób wewnętrznych w Szpitalu Dz. Jezus. Głównym przedmiotem kursu była fizjologja i patologja wieku młodzieńczego ze szczególnem uwzględnieniem roli ćwiczeń cielesnych w wychowaniu fizycznem. Kurs objął 50 godzin wykładanych teorji i kilkanaście godzin zajęć praktycznych pod kierunkiem dr. E. Reicherówny. Poza tem słuchacze zwiedzili szereg szkół i instytucyj użyteczności publicznej, mających styczność z higjeną szkolną.

W kursie wzięło udział 65 słuchaczy z tych 12 z Warszawy, a 53 z różnych terenów Rzeczypospolitej, niemal ze wszystkich okręgów szkolnych. Na zamknięciu kursu przemawiali: prof. dr. W. Orłowski, jako dyrektor kliniki, p. Józef Błoński, naczelnik wydziału, w imieniu Ministerstwa W. R. i O. P. oraz Dr. St. Kopczyński, naczelny wizytator higjeny szkolnej. Mówcy podnosili wielką gorliwość w uczęszczaniu na kurs słuchaczy i zapał, z jakim interesowali się zagadnieniami higjeny szkolnej. W imieniu słuchaczy przemawiała p. dr. Zofja Szanawska z Radomia, dziękując organizatorom kursu i prelegentom.

Taryfa pocztowa od dnia 15. kwietnia 1932. Wobec powzięcia decyzji o zaniechaniu pobierania od dnia 15 u. m. dopłat na rzecz bezrobotnych od przesyłek pocztowych, taryfa pocztowa z dniem 15 u. m. przedstawiać się będzie w głównych pozycjach, jak następuje: Opłata za listy zwykłe do 20 gramów wynosić będzie: miejscowe 15 groszy, zamiejscowe 30 groszy; kartki pocztowe: miejscowe 10 groszy, zamiejscowe 20 groszy, druki do wagi 25 gramów 5 groszy, do wagi 50 gramów 10 groszy; paczki do 5 kg, w pierwszej strefie do 100 kilometrów zł. 1.30 gr., w drugiej strefie od 100 do 300 km zł. 1.90 gr., w trzeciej strefie od 300 do 600 km zł. 2.50 gr. i w czwartej strefie ponad 600 km zł. 3.10 gr. Opłata za polecenie wynosić będzie 60 groszy, tak że list polecony w kraju kosztować będzie 90 groszy. Opłata za „express" 80 groszy, a więc list „express" w kraju kosztować będzie zł. 1.10 gr.; list polecony „express" zł. 1.70 groszy.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 27. kwietnia b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska L. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z kliniki neurologicznej U. J. 2) Kol. E. Mróz: „Zmiany w splotach naczyniastych mózgu w przypadku posocznicy meningokokowej".

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. W sobotę, dnia 30. kwietnia b. r. o godzinie 6 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z Polskiem Towarzystwem Balneologicznem (Walne Zebranie) na którem po wyczerpaniu porządku dziennego wygłosił wykład: Prof. Dr. L. Korczyński: „Ujemne wpływy klimatu wysokogórskiego. Choroba górska".

Lwów.

II. Zjazd przeciwgruźliczy Województwa lwowskiego odbył się we Lwowie w dniu 24 kwietnia 1932 r.

Łódź.

Ankieta. Zbieram dane statystyczne do większej pracy na temat: „Zejścia śmiertelne po salwarsanie". Upraszam wszystkich PP. Kolegów, którym podobne przypadki znane są z własnych spostrzeżeń o łaskawe nadesłanie (można pod pseudonimem, anoninem lub inicjałami) odpowiedzi na następujące pytania: 1) Jaka była wysokość dawki po której nastąpił exitus? 2) Która to była kuracja i która z kolei injekcja? 3) Czy poprzednie injekcje znoszone były bez zaburzeń? Jeśli były, to jakie? 4) Jaki preparat był stosowany? 5) Jaki był wiek chorego (ej) i w którym okresie kiły była dana osoba? 6) Wiele czasu (godzin, dni) przeszło od injekcji do zejścia? 7) Jakie objawy kliniczne były zanotowane? 8) Czy objawy kliniczne wystąpiły natychmiast, czy też po jakimś czasie? 9) Co za zabiegi zostały zastosowane dla uratowania chorego (ej)? 10) Czy zastosowano coś zapobiegawczo? Jeśli tak, to co? 11) Czy chory (a) cierpiał na coś poza kiłą? 12) Czy była robiona sekcja? Jeśli tak, to co wykazała? Ze względu na doniosłość praktyczną poruszonego zagadnienia zarówno dla chorych, jak i lekarzy oraz bardzo skąpe piśmiennictwo rodzime, sądzę, że wszyscy Panowie Koledzy nie odmówią mi swej łaskawej odpowiedzi na podaną wyżej ankietę. Odpowiedzi, możliwie rychłe, proszę nadsyłać pod adresem: *Łódź, Andrzeja 2, Dr. Paweł Klinger.*

Z kraju.

Sezon Wiosenny w Truskawcu. Jest rzeczą ogólnie wiadomą, że organizm ludzki wycieńczony niehigjenicznem życiem w miesiącach zimowych, bez słońca i ruchu na świeżem powietrzu, skłonny jest do chorób; należy więc pomyśleć jaknajprędzej o zregenerowaniu i wzmożeniu tegoż, a najlepszą sposobnością jest przeprowadzenie kuracji w tanim sezonie wiosennym w miesiącach kwietniu i maju w Truskawcu. Wszyscy wiedzą, że truskawieckie kąpiele mineralne przynoszą kolosalną ulgę w wielu cierpieniach — a cudowne wprost działanie wód truskawieckich

z Naftusią na czele — nie da się niczem zastąpić. Zapobiegliwy Zarząd Zdrojowy jak co roku — zrobił co tylko można było — ażeby ulepszyć i uprzystępnić przeprowadzenie kuracji — a więc różne inwestycje dla wygody kuracjuszy, w łazienkach, przy źródłach i na każdym kroku z myślą, o tych licznych rzeszach szukających w Truskawcu zdrowia i sił do nowej pracy. Stosując się do obecnych czasów — unormowano ceny w ten sposób, że każdy może przeprowadzić kurację, bo ceny za mieszkania, kąpiele, pensjonaty i w restauracjach obniżone są o 20% do 50% od cen normalnych w sezonie głównym — które są i tak bardzo umiarkowane a znacznie niższe jak w innych zdrojowiskach. Wobec hasła popierania przemysłu polskiego — celem zmniejszenia bezrobocia i poprawy bilansu handlowego — jedzie więc każdy tylko do zdrojowisk krajowych — między któremi na pierwszem miejscu Truskawiec z kąpielami mineralnemi i „Naftusią" jest stanowczo bez konkurencji.

III-ci Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy zgodnie z uchwałą II-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwrakowego odbędzie się w Łodzi w dn. 30 i 31 października (niedziela i poniedziałek) 1932 r. Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpoznanie raka; 3) leczenie raka i d) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej. Dotychczas zgłosili odczyty: 1. St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej". 2. Prof. dr. K. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów". 3. Prof. dr. M. Eiger i Doc. dr. E. Czarnecki (Wilno): „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał działających na układ współczulny i obokwspółczulny". 4. Prof. dr. M. Eiger (Wilno): „Mikrobiologiczne ujęcie sprawy tworzenia się i wzrostu komórki nowotworowej w ścisłej korelacji z fizjologją i fizjopatologją ustroju". 5. Dr. M. Floksztrumpf i dr. St. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych". 6. Prof. dr. L. Hirszfeld (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności". 7. Dr. J. Kołodziejski i dr. M. Floksztrumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapji w raku". 8. Dr. J. Laskowski (Warszawa): „Podstawy mianownictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologji". 9. Dr. F. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radioterapji nowotworów złośliwych". 10. Prof. dr. M. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radiologiczną". 11. Doc. dr. A. Oszacki (Kraków): „Biologiczny obraz krwi jako wyraz przemiany materji u chorych na raka". 12. Prof. dr. K. Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka". 13. Ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacyj Przeciwrakowych oraz Ogólnosłowiańskiej Ligi Przeciwrakowej". 14. Doc. dr. S. Sterling-Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego". 15. Dr. B. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości". 16. Płk. dr. W. Zawadowski (Warszawa): „Leczenie promieniami X". Uprasza się o zgłaszanie odczytów w terminie do dnia 15 czerwca r. b., a także preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i tablic statystycznych dla Wystawy naukowej, organizowanej w związku ze Zjazdem. Regulamin Zjazdu określa czas dla referentów tematów głównych na 20 do 40 minut (zależnie od porozumienia się z referentem) i 10 minut dla odczytów dodatkowych. Program szczegółowy Zjazdu będzie ogłoszony w pismach lekarskich.

XII. Zjazd psychjatrów polskich w Białymstoku i Choroszczy. Program obrad. 1932 r. 14, 15, 16 maja. I-szy dzień. Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali posiedzeń Rady Miejskiej w Białymstoku o godz. 11-ej m. 30. Referaty główne: 1. Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa): Biologiczne elementy charakteru. 2. Doc. M. Zieliński (Kraków): Konstytucja i charakter. 3. Prof. S. Baley (Warszawa): Charakter normalny. 4. Prof. S. Borowiecki (Poznań): Patologja charakteru. 5. Prof. S. Pieńkowski (Kraków): Patologja charakteru. 6. Dr. W. Sterling (Warszawa): Patologja charakteru w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznem. 7. Dr. M. Bornsztajn (Warszawa): Charakter w świetle teorji psychoanalitycznej. — Odczyty: 1. Dr. K. Wize (Dziekanka): Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem. 2. Dr. G. Bychowski (Warszawa): Biogeneza a psychogeneza charakteru. 3. Dr. R. Dreszer (Warszawa): O dziedzicznych źródłach charakteru. 4. Dr. J. Dretler (Kobierzyn): Badania nad konstytucją i charakterem w zespołach paranoicznych objawowych. 5. Dr. A. Piotrowski (Dziekanka): Typy schizofreniczne. Obrady będą odbywały się w Sali Rady Miejskiej od godz. 10.30 do 14-ej i od godz. 15-ej do 18. Przerwa na obiad od godz. 14-ej do 15-ej. — II-gi dzień. Początek obrad o godz. 8-ej rano. Referaty główne: 1. Dr. St. Batawia (Warszawa): Rozwój charakteru przestępczego. 2. Pułk. J. Nelken (Warszawa): Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-karnem. 3. Doc. W. Łuniewski (Tworki): Patologja charakteru w oświetleniu sądowo-cywilnem. — Odczyty. 1. Dr. W. Spektorowa (Łódź): Zmiany charakteru u dzieci przestępczych. 2. Dr. A. Sikorska (Kraków): Charakter a możliwości leczniczo wychowawcze. — Dyskusja: Walne Zgromadzenie Polskiego Tow. Psychjatrycznego. Przerwa obiadowa i zwiedzanie szpitala od godz. 13 do godz. 16-ej. Obrady II-go dnia odbędą się w Choroszczy. I-go dnia czarna kawa u Pana Wojewody, II-go dnia zabawa towarzyska w Choroszczy. III-ci dzień. Początek obrad od godz. 8-ej. Odczyty: 1—2. Dr. Z. Drohocki (Kraków): a) Próba nowej typologji. b) Orjentacja przy pomocy barw lub kształtów i jej znaczenie dla podziału typologicznego. 3—4. Dr. J. Konorski i S. Miller (Tworki): a) O fizjologicznem traktowaniu postępowania. b) O warunkach wytwarzania ruchowego odruchu warunkowego. 5. Dr. W. Terajewicz (Choroszcz): O powołaniu społecznem lekarza psychjatry. 6. Dyr. I. Fuhrman (Chełm): Szpital psychjatryczny ośrodkiem higjeny psychicznej. 7. Dr. S. Świerczek (Dziekanka): O leczeniu schizofrenji malarją. 8. Dr. K. Golonka (Kochanówka): Psychoterapja schizofrenji w szpitalu psychjatrycznym. 9. Dr. J. Meissner (Kobierzyn): Epileptycy województwa Krakowskiego. 10. Dr. S. Świerczek (Dziekanka): Wyniki leczenia malarją epilepsji. 11. Dr. J. Meissner (Kobierzyn): Wyniki poszukiwań statystycznych, dotyczących porażeńców województwa Krakowskiego. — Zamknięcie Zjazdu. Obrady III-go dnia w Choroszczy. Po zamknięciu Zjazdu odbędzie się wycieczka krajoznawcza w okolice Białegostoku. Sekretarz Zjazdu: Dr. *H. Rożkowski.*

Kalendarz podatkowy w roku 1932. Do dnia 15-go stycznia b. r.: czwarta zaliczka na poczet podatku przemysłowego za rok 1931; do dnia 15 lutego: zeznanie o obrocie; do dnia 1 marca: zeznanie o dochodzie; do dnia 5 marca: deklaracja o podatku dochodowym wyrównawczym dla osób, pobierających kilka uposażeń. Pierwsza rata tego podatku. Do dnia 1 maja b. r.: połowa deklarowanej sumy podatku dochodowego; do dnia 15 maja: ewentualna różnica między czterema zaliczkami na podatek przemysłowy na rok 1931 a wymiarem podatku przemysłowego przez Urząd Skarbowy; do dnia 5 czerwca: druga rata podatku dochodowego wyrównawczego od kilku uposażeń; do dnia 15 lipca: pierwsza zaliczka na podatek przemysłowy 1932 r.; do dnia 5-go września: trzecia rata podatku dochodowego wyrównawczego od kilku posażeń; do dnia 15 września: druga zaliczka na podatek przemysłowy 1932 r.; do dnia 15 listopada: trzecia zaliczka na poczet podatku przemysłowego na rok 1932; do dnia 5 grudnia; czwarta rata podatku dochodowego wyrównawczego od kilku uposażeń; do dnia 15 marca 1933 r.: czwarta zaliczka na poczet podatku przemysłowego na rok 1932.

Kosów letnisko (koło Kołomyi w Małopolsce wschod.) położone jest w południowo-wschodnim Beskidzie, na kresach — w sąsiedztwie Rumunji, i ma klimat najcieplejszy w całej Polsce. Najbliższa okolica jest otoczona lesistemi górami. Kosów słynie z obfitości owoców ijarzyn. Pensjonat Doktorowej Aleksandrowiczowej mieści się w pięknej piętrowej willi o 20 pokojach urządzonych z pełnym komfortem. Pensjonat ten nadający się dla rekonwalescentów i osób potrzebujących wypoczynku posiada dużą leżalnię do werandowania, kąpiele rzeczne, fortepian, radjo, bibljotekę, tańce i t. p. Bardzo łatwe są wycieczki do Żabiego i okolicy. Kuchnia pierwszorzędna (na żądanie jarska). Ceny całodziennego pełnego utrzymania z 4-ro razowym obfitym wiktem od 6 zł od osoby, zależnie od zajmowanego pokoju i wymagań.

Odznaczenie.

Prof. uniw. lwowskiego, dr. Jakób Karol Parnas wybrany został członkiem Leopoldyńskiej Akademji Przyrodniczej w Halle.

Ze świata.

Magistrat berliński nazwał z okazji pięćdziesięciolecia odkrycia prątka gruźlicy przez R. Kocha dotychczasowy plac Luizy (Luisenplatz) placem Roberta Kocha. Na placu tym stoi pomnik Kocha.

Redakcja otrzymała:

Sorell Etienne et Mme Sorell-Dejaric. Tuberculose osseuse ostéoarticulaire. vol. I. et II. Masson et Comp. Paris 1932.

St. Konopka: Revue de la presse médicale polonaise publiée par le Bureau de propagande de la médecine polonaise prés de la Haute Chambre de l'Ordre des médecins polonaises, Tom I. nr. 1 za marzec 1932.

Mikułowski W. Der Fall einer Pertussisencephalitis bei einem luetischen Kinde. Odbitka z czasopisma Jahrbuch der Kinderheilkunde. Bd. CXXXV, 1932.